ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PERFEZIONAMENTO ED ANNESSA
R. SCUOLA DI OSTETRICIA DI MILANO
diretti dal Prof. Sen. LUIGI MANGIAGALLI

Dott. ROMOLO COSTA
1° Aiuto e libero docente

LA POSIZIONE E LA FORMA DELLA CICATRICE OMBELICALE NELLA DIAGNOSI GINECOLOGICA

Estratto dagli Annali di Ostetricia e Ginecologia



MILANO
L. F. COGLIATI TIPOGRAFO-EDITORE
Corso Porta Romana, 17.

1911

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PERFEZIONAMENTO ED ANNESSA
R. SCUOLA DI OSTETRICIA DI MILANO
diretti dal Prof. Sen. LUIGI MANGIAGALLI

Dott. ROMOLO COSTA
1° Aiuto e libero docente

LA POSIZIONE E LA FORMA DELLA CICATRICE OMBELICALE NELLA DIAGNOSI GINECOLOGICA

Estratto dagli Annali di Ostetricia e Ginecologia



MILANO
L. F. COGLIATI TIPOGRAFO-EDITORE
Corso Porta Romana, 17.

1911

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PERFEZIONAMENTO ED ANNESSA
R. SCUOLA DI OSTETRICIA DI MILANO
diretti dal Prof. Sen. LUIGI MANGIAGALLI

Dott. ROMOLO COSTA
1° Aiuto e libero docente

LA POSIZIONE E LA FORMA DELLA CICATRICE OMBELICALE NELLA DIAGNOSI GINECOLOGICA

È cosa a tutti nota, ed ovvia in sè, che tumescenze addominali, con lo spostare i rapporti dei visceri nell'addome contenuti, possano influire sulla cicatrice dell'ombelico, la quale per ciò non solo spesso muta di sede, ma muta anche nella sua forma. Studiare quindi le variazioni della sede e dell'aspetto della cicatrice stessa in rapporto a tumescenze dell'addome, potrebbe sembrare cosa superflua; tanto più che già vi fu chi rivolgesse, con propositi determinati, l'osservazione al fatto di cui discorro. Così di esso, da tempo aveva fatto tema il Catteau (1). Basterebbe però solo considerare il tempo intercesso fra la pubblicazione del Catteau e il giorno d'oggi ed i progressi che in ogni ramo dello scibile medico si son fatti, per esser persuasi come studî, i quali si propongano di coordinare le modificazioni di forma e di posizione della cicatrice ombelicale in rapporto alle tumescenze dell'addome, possano ancora esser utili. Del resto la stessa descrizione che il Catteau ci dà della cicatrice ombelicale, descrizione alla quale gli Autori per assai tempo si sono attenuti, non può più esser ritenuta sempre rispondente alla realtà. Il Catteau distingue infatti al bellico un gavocciolo centrale o papilla; un solco che lo circonda; un cercine posto in giro al solco; ed una cicatrice, il più delle volte sita sopra il gavocciolo. Ora simile

(1) CATTEAU — De l'ombilic et de ses modifications dans les cas de distension de l'abdomen (Thése de Paris 1876).

descrizione non solo, come dicevo, non risponderebbe sempre alla realtà, ma parrebbe, se si segue Bert e Viannay, che essa si riscontri appena nella metà dei casi. Bert e Viannay (1) infatti, in uno studio a base di modelli e di riproduzioni in cera, dimostrarono la cicatrice ombelicale variabilissima, a seconda degli individui, nella forma, tanto da presentarsi orizzontale, verticale, obliqua, a cercine completo od incompleto, con sollevamento della parte centrale, a becco di pappagallo. Con tutto ciò, ancor questo per le mie ricerche, non risulterebbe esatto: in quanto che da esse apparirebbe, come si vedrà, che la cicatrice ombelicale, non solo varia da individuo ad individuo, ma fisiologicamente nello stesso individuo varia col variare della posizione da questi.

E simile elemento fondamentale nessuno ebbe in considerazione, nemmeno il Müller (2), le cui osservazioni sono pure pregevoli. Questi infatti, pur convenendo che l'esame della forma e della posizione del bellico debba solo essere ritenuto un semplice punto di appoggio per la diagnosi, in quanto nulla porgerebbe di sicuro, tuttavia ne mette in luce l'utilità sullo studio di 252 soggetti. E precisamente il bellico dai tumori sarebbe tratto verso il lato affetto; per cui il suo spostamento dalla linea mediana significherebbe che la malattia ha sede nel lato verso il quale è spostato. Un aumento della distanza del bellico dalla sinfisi, rispetto alla distanza dall'apofisi xifoide, sarebbe provocata dall'ascite, da grandi cisti ovariche, da grandi tumori dell'utero. Se il bellico protrude ciò vuol dire che si tratta di meteorismo, di ascite, o di tumori che uniformemente dilatino l'addome. L'introflessione del bellico invece parla per forti diarree, eventualmente anche per il colera.

Simili risultati sono il meno che si possa ricavare dall'esame della cicatrice ombelicale; ma aggiungo tosto come mi risultò che essi debbono anche venir temperati o corretti assai. Ecco dunque la opportunità di altri studi e la possibilità di ricavare da essi elementi diagnostici o nuovi o più precisi: ecco quindi la giustificazione piena del mio studio; giustificazione tanto più ovvia, in quanto a me si presentò

---

(1) Bert e Viannay. — Association des Anatomistes. VI Réunion Toulouse, 28-30 mars 1904. La Presse médicale, pag. 261, 1904.

(2) B. Müller. — Es soll die Konfiguration der vorderen Bauchwand und namentlich die Lage des Nabels in der Norm und bei möglichst vielen Abdominalerkrankungen genau festestgellt und untersucht werden, wie weit die gewonnenen Daten zur Aufstellung diagnostischer Grundsätze verwendbar sind. Dissert. inaug. u. gekronte Preisschrift. Leipzig. 1900.

l'occasione di poter quasi sempre, per l'intervento laparotomico, constatare non soltanto la natura della tumescenza che aveva influito sulla forma e sulla posizione del bellico, ma eziandio la esatta posizione e gli esatti rapporti della tumescenza stessa cogli organi o coi tessuti circostanti.

Per la natura stessa del materiale a mia disposizione feci oggetto di ricerche gli spostamenti e le mutazioni di forma del bellico in rapporto ad affezioni ginecologiche. Prima però di entrare pienamente nel campo delle mie ricerche non posso tacere di specialissimi caratteri che tumori maligni dell'addome e particolarmente dello stomaco possono imprimere alla cicatrice ombelicale. Essi, secondo il Lejars, (1) costituirebbero un *segno* da tenere in altrettanta considerazione che l'adenopatia sopraclaveare. Qui le modificazioni, caratterizzate specialmente dal suo indurimento, sono inerenti a processi metastatici che in esso si svolgono: e servirebbero ad indicare non solo che il carcinoma è generalizzato, ma potrebbero anche essere segno prezioso, allora quando la natura maligna di un tumore addominale sia incerta. Riferisce il Lejars in proposito il caso di donna affetta da un voluminoso fibroma a lobi multipli, perfettamente mobile, nella quale, ciò malgrado, si avanzò, in base alle manifestazioni del bellico, la diagnosi di degenerazione maligna: diagnosi che presto ebbe piena conferma. Un caso analogo vidi illustrato, in una lezione, or non è molto, dal mio amato Maestro. Si trattava di un tumore ovarico e la diagnosi di malignità, successivamente confermata, ebbe la sua prima giustificazione nel bellico fattosi duro, alquanto ingrossato e lievemente rosso. Sul valore diagnostico dell' esame del bellico in simili condizioni non vi ha dubbio alcuno.

Le mie indagini, sotto un certo aspetto, si svolgono in un campo più ampio di quello or ora accennato e, sotto un altro, in un campo più ristretto. Più ampio nel senso che comprendono lo studio del bellico in forme piú svariate e non solo le maligne: più ristrette nel senso che esse furono circoscritte nel campo ginecologico. Esse trovano giustificazione, come dissi sopra, nelle cognizioni in parte insufficienti ed in parte errate che si hanno sull'argomento e per esse trovai stimolo nel mio amato Maestro, che mai vidi trascurare, per rendere la dia-

---

(1) Lejars. — Les signes à distance des cancers abdominaux. La semaine médicale N. 29. pag. 340, 1910.

gnosi fine, l'osservazione della forma e della positura del bellico. D'altro canto nei trattati, anche di pura specialità, non si suol tener conto affatto di quanto può offrire, per la diagnosi, la cicatrice ombelicale: vedasi ad esempio, in proposito, il Winter (1) che la diagnostica ginecologica tratta con ampiezza.

***

Innanzi ch'io venga alla esposizione dei casi ed alle deduzioni che essi mi permisero, non posso prescindere dal richiamo di particolari anatomici, senza dei quali i fatti non potrebbero essere con chiarezza compresi o spiegati.

Come è noto, al bellico convergono, nell'adulto, assumendo atteggiamenti dei quali dirò più sotto, quattro cordoni fibrosi: precisamente i residui delle due arterie ombelicali, della vena ombelicale e l'uraco.

Io non dirò come la vena ombelicale nel feto, penetrata per il bellico nell'addome, decorrendo lungo la base del legamento sospensore del fegato, raggiunga la faccia inferiore di quest'organo; si ponga nel solco longitudinale sinistro che percorre dall'avanti all'indietro; mandi, nel decorso, parecchie piccole branche ramificantesi prevalentemente nel lobo sinistro; tocchi il lobo trasverso e si parta in due branche, una che si continua colla branca sinistra di biforcazione della vena porta — canale di comunicazione della vena ombelicale colla vena porta — l'altra che continua la direzione della vena ombelicale, percorre la porzione posteriore del solco longitudinale ed immette nella cava inferiore — canale venoso di Aranzio.

Dopo la nascita, la vena ombelicale si oblitera: l'obliterazione comincia alla sua estremità anteriore e si estende fino alla porta: si trasforma infine in un vero cordone fibroso che si estende dal bellico al solco trasverso del fegato, percorrendo la base del legamento sospensore del fegato stesso e prende il nome di legamento rotondo del fegato.

Importa per noi far rilevare come, per questo fatto, il legamento rotondo subisca di necessità dei movimenti in rapporto coi movimenti del legamento sospensore o falciforme. Questo, come è noto, è un setto verticale che unisce la faccia convessa del fegato alla

---

(1) WINTER — Trattato di diagnostica ginecologica, trad. T. Morisani. — Vallardi editore, Milano.

faccia inferiore del diaframma ed alla parete anteriore dell'addome che continua la faccia inferiore del diaframma: ha forma di falce. Al diaframma si attacca col suo margine superiore convesso, che in avanti, ove il diaframma cessa, continua sulla parete addominale anteriore fino al bellico: al fegato si attacca col suo margine inferiore concavo e vi si attacca secondo una linea quasi retta, che partendo dall'estremità anteriore del solco della vena ombelicale, si dirige obliquamente in dietro ed infuori per terminare verso la metà della vena cava inferiore. Qui il margine inferiore del legamento sospensore si unisce al margine superiore e formano precisamente l'apice del legamento sospensore stesso. La cui base invece si distende obliquamente dall'avanti all'indietro e dal basso in alto, precisamente dal bellico al solco dalla vena ombelicale.

Questa base, arrotondata o smussa che accoglie la vena ombelicale nel feto, ed il cordone fibroso che la sostituisce nell'adulto (legamento rotondo del fegato, legamento epato-ombelicale) è liberamente mobile nella cavità addominale. Ne consegue dunque che, come dicevo, il legamento rotondo di necessità subisce movimenti in rapporto ai movimenti del legamento sospensore. Ora tra i movimenti del legamento sospensore vi è quello per cui quando fegato e diaframma si allontanano esso si tende e la sua faccia sinistra è rivolta dallo stesso lato, come la destra è rivolta a destra: ma quando, come nelle condizioni fisiologiche, la curva diaframmatica è completamente applicata alla convessità del fegato, la faccia sinistra del legamento sospensore diviene inferiore, s'inclina a sinistra e poggia sul fegato; la destra, divenuta superiore, si applica al diaframma. E però, in simili condizioni, la base del legamento sospensore è stirata o rilasciata ed uno stiramento od un rilasciamento riceve il legamento rotondo (vena ombelicale) che scorre in essa: che alla sua volta deve ritrarre o rilasciare il suo punto di impianto, il bellico. E però sulla base di questi dati anatomici è a ritenere che spostamenti del fegato possono direttamente influire sulla forma della cicatrice ombelicale. E forse sarebbe interessante per la patologia epatica l'osservazione clinica in simile direttiva: a me non fu possibile, perchè il materiale a mia disposizione resta nel campo ginecologico. Tuttavia anche per il campo ginecologico l'osservazione fatta, ha la sua importanza, in quanto che talora tumescenze della sfera genitale, direttamente o indirettamente, possono influire sulla posizione del fegato.

Le considerazioni or ora svolte si riferiscono ad eventualità di

modificazioni del bellico per trazione sul legamento rotondo per spostamenti epetici: in altri termini, per trazione o rilasciamenti che agiscono da parte del fegato. È ovvio che possa avvenire il fatto opposto e che la trazione sia insita al bellico e il legamento rotondo trovi il punto di fissazione al fegato. E però è pure ovvio che fattori i quali agiscano sulla parete addominale anteriore, o spingendola innanzi, o spostandola in altra guisa, debbono far mutar di forma e di posizione il bellico e riescono ad imprimere a questo una fisonomia determinata da un lato della trazione o dalla spinta delle pareti, dall'altro dalla ritenzione che offre il legamento rotondo (vena ombelicale).

Anatomicamente quindi appare che il bellico debba, nelle modificazioni di forma impressi da spostamenti della parete addominale anteriore, esser soggetto a norme: la eventuale costanza e regolarità delle quali in rapporto alla natura dello spostamento formano in parte precisamente argomento della osservazione clinica che io mi sono proposto. Per la quale prima volli procedere nel campo fisiologico: in quanto mi parve che il pacco delle anse intestinali, negli spostamenti della persona, spostando il suo punto di maggiore gravitazione, determinasse pressioni diverse sulla parete addominale anteriore; la quale dalla gravitazione è pure alla sua volta influenzata. Così il pacco delle anse, nella stazione eretta, in parte gravita sulla parete addominale anteriore, sì che questa perciò è spinta in basso ed in avanti e questa ancora in basso è tratta per l'azione della stessa gravità che su essa direttamente si esercita. Ne parrebbe conseguire, in corrispondenza del bellico, per opera del legamento rotondo che fa punto fisso al fegato, una contro-azione alla spinta in basso ed in avanti che, nella posizione eretta, riceve la parete addominale anteriore: ne parrebbe conseguire cioè una mutazione di forma e forse di posizione del bellico, mutazioni che dovrebbero essere fino ad un certo punto costanti, costanti essendo i fatti che li determinano. E più precisamente per quanto si riferisce alla forma essa dovrebbe assumere una fisonomia come se fosse tratta in alto e in dentro per controbilanciare la spinta in basso ed in avanti della parete addominale anteriore.

Analoghe considerazioni valgono per il caso in cui la persona pur mantenendo costante la posizione orizzontale decomba su un fianco o sull'altro: in quanto la gravità trae la parete addominale ed il pacco delle anse dal lato del decubito: mentre il legamento rotondo parrebbe dover trarre la cicatrice ombelicale dal lato opposto: per cui essa dovrebbe assumere una fisonomia che indichi una trazione in alto e dal lato opposto a quello del decubito.

Premesse tali deduzioni, tratte dallo studio delle contingenze anatomiche, mi accinsi a controllarle clinicamente.

***

All'uopo esaminai molte donne sane ed in condizioni normali di vita. In esse tenni conto delle modificazioni di fisonomia del bellico a seconda della posizione orizzontale (decubito supino) o dalla posizione verticale. Anche osservai le modificazioni nel decubito laterale, nei movimenti respiratori, nello stato di vacuità o di replezione della vescica. Per fissare poi la mutata posizione del bellico in simili circostanze tenni conto della distanza dalla sinfisi pubica al bellico (P o), dall'apofisi xifoide al bellico (X o), dalla spina iliaca anteriore e superiore destra al bellico (S p d), dalla spina iliaca anteriore superiore sinistra al bellico (S p s). Le misure erano prese dai punti indicati al centro del bellico.

In molte donne volli por mente anche alle mutazioni della dimensione del bellico. Ma qui la misurazione non è sempre facile, perchè quando i margini della cicatrice sono smussi difficile è dire quando cessa la zona propria della cicatrice e s'inizia quella delle pareti addominali. Comunque da caso a caso le variazioni sono notevoli, nè mi fu possibile assurgere a concetti di indole generale, tranne quello per cui spesso, dal passaggio dalla posizione supina a quella in piedi, aumenta il diametro trasverso e tende a diminuire il verticale.

Non riferirò di tutte le donne esaminate e per non dilungarmi di troppo e per il fatto che queste ricerche, quantunque assolutamente necessarie al mio intento, costituiscono tuttavia, per dir così, ricerche collaterali. Riferisco qui sotto di cinque di esse prese come tipo.

I seguenti specchietti, ciascuno riferibile all'esame di una donna, indicano i mutati rapporti di forma e di posizione della cicatrice ombelicale nel passaggio della persona dalla posizione orizzontale (decubito supino) alla posizione eretta, cogli arti superiori pendenti ai lati del tronco e con vescica svuotata.

Le abbreviazioni sono così interpretabili:

P o (distanza pubo-ombelicale), X o (distanza xifo-ombelicale), S p d (distanza dalla spina iliaca ant. sup. destra al bellico), S p s (distanza dalla spina iliaca ant. sup. sinistra al bellico).

*
* *

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
12.5	19	13.5	13.5	Posizione orizzontale (decubito supino).
—	—	—	—	— —
16	19.5	17.5	17.5	In piedi.

Nel decubito supino la cicatrice ombelicale ha un margine inferiore tagliente, curvo a formare una concavità in alto e alquanto a sinistra.

In piedi diventa tagliente il margine superiore che forma una concavità che guarda in basso: la maggior introflessione è nella parte superiore e mediana della cicatrice.

Il caso è di una donna pingue con ventre lievemente pendulo.

Il bellico con atteggiamento di trazione in basso e in dentro nella posizione supina, assume atteggiamento di trazione in alto ed in dentro nella posizione eretta.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
13.5	16	12	11.5	Posizione orizzontale (decubito supino).
—	—	—	—	— —
15	17.5	13.5	13.5	In piedi.

A posizione supina la cicatrice ombelicale è introflessa, a margini arrotondati. In piedi si infossa verso l'alto; il margine superiore si fa tagliente e forma una concavità che guarda in basso e lievemente a destra.

È una donna con pareti addominali pianeggianti.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
11	13.5	12.5	12.5	Posizione orizzontale (decubito supino).
—	—	—	—	— —
13	15	14	14	In piedi.

A posizione supina il bellico è introflesso; il margine inferiore è alquanto tagliente e concavo verso l'alto.

In piedi il bellico resta sempre introflesso, ma si fa tagliente il margine superiore che forma una concavità che guarda in basso.

É una donna a pareti addominali assai esili, piuttosto introflesse.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
15	17	13.5	13.5	Posizione orizzontale (decubito supino).
—	—	—	—	— —
15	18	14.5	14	In piedi.

Il bellico a posizione supina è introflesso senza alcun margine tagliente: in piedi è sempre introflesso; ma il margine superiore si fa alquanto tagliente e forma una concavità che guarda in basso.

È una donna a sviluppo adiposo normale, con pareti addominali affatto normali.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
18	13.5	16.5	15	Posizione orizzontale (decubito supino).
—	—	—	—	— —
18.5	14.5	17	16	In piedi.

Il bellico, in posizione orizzontale, ha un margine inferiore tagliente e forma una concavità che guarda in alto: in piedi è il margine superiore che si fa tagliente con accentuata concavità che guarda in basso.

È una donna a pareti normali, ma alquanto adiposa.

***

Dal complesso dei casi esaminati risulta come, nel passaggio dalla posizione supina alla orizzontale, abbiano tendenza in genere ad aumentare tutti i diametri, ad indicare una spinta innanzi del bellico: con ciò più o meno suol aumentare anche il diametro xifo-ombelicale; il

che dimostra una trazione in basso del bellico. Resta quindi confermato quanto l'analisi delle contingenze anatomo-fisiologiche facevano supporre, che cioè, nella posizione eretta, per la gravitazione del pacco delle anse intestinali e per la gravitazione delle pareti addominali stesse, il bellico è tratto in basso ed in avanti. Quanto ai diametri delle spine iliache anteriori e superiori al bellico essi spesso aumentano di conserva essendo spesso uniforme e simmetrica la trazione in basso ed in avanti del bellico; quando, per condizioni non sempre apprezzabili, ciò non avvenga, il fatto è dimostrato dal maggior aumento di un diametro rispetto all'altro.

Ma di questa trazione in basso ed in avanti delle pareti addominali per la posizione eretta possiamo noi avere un indice nella forma della cicatrice ombelicale? Nel passaggio alla posizione eretta, con costanza presso che assoluta, troviamo che il margine superioro della cicatrice suol farsi tagliente e formare un arco a concavità inferiore: esso forma, per così dire, una *lunula* superiore a concavità che guarda in basso. Schematicamente il fatto è riprodotto nella fig. 2 della tavola I (A). Ivi si scorge distintissima detta lunula. Il fenomeno corrisponde precisamente a quanto si era supposto circa la resistenza che il legamento rotondo (vena ombelicale) fa alla trazione in basso ed in avanti delle pareti; per cui queste, in corrispondenza del bellico, appaiono come tratte in dentro ed in alto (formazione della lunula superiore a concavità che guarda in basso). La lunula stessa, oltre che in basso, non di rado, guarda da un lato o dall'altro, a seconda della maggior trazione che, per cause non sempre apprezzabili, ricevono la parete dall'uno anzi che dall'altro lato. È ovvio perciò che, se le pareti saranno tratte oltre che in basso ed in avanti, ad esempio anche a destra, la concavità di questa oltre che in basso guarderà a destra. La formazione quindi al bellico di un margine tagliente descrivente una curva (lunula) ha molta importanza per indicare il lato del quale il bellico subisce maggior trazione. Elemento questo di valore non lieve per le mie indagini.

Anche per ciò che si riferisce al decubito laterale trovai conferma clinicamente alle deduzioni anatomo-fisiologiche. Le modificazioni qui riscontrate sono analoghe a quelle riscontrate nel passaggio alla posizione eretta. V'è cioè un aumento di tutti i diametri presi in considerazione ed il bellico di solito assume ad un suo margine un aspetto a lunula a concavità rivolta in basso e dal lato sul quale decombe la persona.

Mi sembrò opportuno osservare pure se il respiro potesse modificare la cicatrice ombelicale. Qui, a respirazione normale, non mi fu

dato porre in rilievo alcunchè degno di nota, tanto in posizione supina che in quella verticale. Solo se la inspirazione si fa profonda talora si può presentare un fugace cambiamento nell'aspetto, per altro trascurabile. Non lo stesso avviene, come vedremo, in alcuni casi di forme ginecologiche. Ed è appunto perciò che posi attenzione alle manifestazioni fisiologiche.

Anche posi mente alla possibilità di mutazioni dalla cicatrice ombelicale in rapporto allo stato di vacuità o di replezione della vescica. Differenze chiaramente apprezzabili non mi fu dato rilevare. In taluni casi mi è sembrato si manifestasse un maggior infossamento a persona supina; ed a persona orizzontale, la formazione di una lunula più accentuata in corrispondenza del margine superiore; che potrebbe trovare spiegazione nella aumentata gravitazione sulla parete addominale anteriore, dovuta all'aggiungersi del peso della vescica repleta: aumentata gravitazione che renderebbe più accentuati quei fattori che invocammo a spiegare la formazione della lunula al margine superiore del bellico.

*
* *

Riassumendo adunque, per opera nel legamento rotondo (vena ombelicale), che nella posizione eretta viene a formare al bellico un punto di ritenzione delle pareti addominali, le quali, per l'azione della gravità esercitata su esse e sul pacco delle anse, tendono a cadere in basso ed in avanti, il bellico muta di posizione e di forma. Esso nella posizione verticale della persona, rispetto al decubito supino, tende a spostarsi in avanti ed in basso: ed il suo margine superiore, se prima era smusso, sì da continuare insensibilmente colla cute delle pareti, diventa tagliente, forma una ripiegatura a forma di lunula (v. fig. 2 della tavola I^a A a concavità vorso il basso. Se già esso era fatto da una ripiegatura di aspetto tagliente e con concavità verso il basso, il fatto si suol rendere più accentuato.

Modificazioni analoghe si sogliono rilevare quando la persona dal decubito supino passi al decubito laterale. Le pareti addominali ed il pacco delle anse tendono a cadere dal lato sul quale decombe la persona, il bellico è trattenuto dal legamento rotondo e la sua forma appare come se fosse lievemente stirata in senso opposto, tende cioè uno de' suoi margini a formare una lunula che colla concavità guarda verso il lato del decubito.

La vescica piena talora sembra rendere più apprezzabili tali modi-

ficacazioni. Il respiro invece non parrebbe agisca, in condizioni fisiologiche s'intende, nel senso da indurre modificazioni degne di attenzione.

***

Da questi elementi non si può prescindere per venire al campo patologico. E già una prima deduzione, di importanza assoluta, in ordine alla disanima del materiale riguardante l'argomento di cui tratto, che è ovvio ricavi, si è che, se fisiologicamente la forma del bellico non è costante e varia con la posizione della persona, nessuna conclusione è accettabile nel campo patologico, se nelle premesse non si tien espresso conto della posizione stessa. Ma questo elemento, di fondamentale importanza, non vedo tenuto in considerazione dagli Autori in genere: ed a quelli già ricordati potrei aggiungere il Levadoux (1) che della forma del bellico tratta ampiamente ed il Pensuti (2) il quale basandosi sul fatto che, essendo l'ombelico della natura delle cicatrici e delle vecchie cicatrici, e di più i solchi ripetendo la natura stessa di quelli delle mani e delle rughe del volto, ritiene che riunisca in sè due qualità preziose: fissità di forma, individualità; per cui propone che la forma ombelicale sia utilizzata alla ricognizione delle persone e dei cadaveri.

***

Abbiamo veduto come il bellico, per determinanti fisiologiche, possa mutare di forma e di posizione: abbiamo pur veduto come in tali mutazioni abbia assai gioco il legamento rotondo o antica vena ombelicale: ma prima di procedere, per avere una più sicura spiegazione dei fatti che via via verranno messi in rilievo, è necessario pure tener conto speciale degli altri cordoni, già ricordati, che alla superficie interna dal bellico si inseriscono: cioè i residui delle due arterie ombelicali e l'uraco.

L'arteria ombelicale, com'è noto, nel feto è assai voluminosa e porta dall'organismo fetale il sangue alla placenta. Essa, primitivamente, è a considerare come l'arteria principale della parte inferiore del corpo e risultante direttamente dalla biforcazione dell'aorta: l'arteria iliaca

(1) LEVADOUX — Variété de l'Ombilic et de ses annexes — Toulouse — Dirion éd, 1907.

(2) PENSUTI — Sulla forma della cicatrice ombelicale. Comunicazione alla Società di Medicina legale. Roma — Seduta 25-30 Novembre 1909, ved. Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche N. 7 1910 pag. 76.

esterna e tutte le branche dell'ipogastrica nascono a guisa di semplici collaterali: solo più tardi, a poco a poco, prendono queste uno sviluppo sempre più considerevole in rapporto allo sviluppo degli arti inferiori e dei visceri pelvici. Passa l'arteria ombelicale ai lati della vescica, dell'allantoide; si inflette sulla parete addominale per raggiungere l'anello ombelicale. Dopo la nascita, come è noto, poi che la circolazione polmonare sostituisce quella placentare, l'arteria ombelicale si atrofizza e soltanto la sua parte iniziale resta pervia, parte iniziale che dà luogo a branche per la vescica. Ne consegue dunque che presso l'adulto l'arteria ombelicale è trasformata, nella maggior parte del suo decorso, in un cordone pieno e non conserva il lume che nella sua parte iniziale. Essa si stacca dalla branca di biforcazione anteriore dell'ipogastrica, si porta in alto ed in avanti, costeggia le pareti laterali della vescica e, divenuto cordone fibroso, si inflette sulla parete addominale (v. fig. 1, tavola I^a^, E) per terminare, solitamente, con modalità delle quali si dirà innanzi, al nodo fibroso che occupa la parte inferiore della cicatrice ombelicale.

Al bellico infine, come si sa, fu capo l'uraco (v. fig. 1, tavola I^a^, A) il quale deriva dalla porzione intra addominale dell'allantoide; la quale differenziandosi, origina in alto quello; la vescica in basso. È l'uraco quindi un cordone fibro-muscolare che si parte dal sommo della vescica e rimonta, accollato alla faccia posteriore della parete addominale, fino alla regione del bellico. Nell'adulto, a vescica vuota, l'uraco ne sostiene la sommità; ma quando è piena l'innalzarsi del sommo vescicale costringe l'uraco a ripiegarsi dinnanzi alla parte più elevata della vescica e la sua azione di sostegno cessa.

Uraco ed arteric ombelicali (come si scorge nella fig. della tav. I) sono tenuti contro la parete addominale del peritoneo che dalla parete stessa si riflette sul fondo e sulla faccia posteriore della vescica. Il peritoneo può apparire sollevato, nel mezzo dall'uraco, ai lati dalle arterie ombelicali, ai quali organi e specialmente alle due arterie forma talora per ciascuno un vero *meso*. I quali meso, appena apprezzabili sotto l'ombelico a poco a poco si fanno più sollevati con l'avvicinarsi alla vescica.

Arterie ombelicali, uraco, faccia anteriore della vescica sono separati dalla faccia posteriore della parete addominale dall'*aponeurosi ombelico-prevescicale*, che nell'adulto è rappresentata da una lamina che, a forma di mezzo cono, discende dal bellico al pavimento pelvico. La faccia anteriore di questa lamina è triangolare; è posta immediatamente dietro

la parete addominale anteriore e la *fascia transversalis*, dalla quale la separa un tessuto cellulare lasso.

La faccia posteriore di detta aponeurosi applica contro il peritoneo l'uraco, la vescica le arterie ombelicali, racchiusi, come vedremo, nella guaina allantoidea. Essa aderisce intimamente alla vescica in vicinanza e al disotto dell'uraco. La sommità dell'aponeurosi ombelico-prevescicale giunge ove giungono l'uraco e le arterie ombelicali, cioè al bellico od alle sue adiacenze ed aderisce intimamente alla faccia profonda della parete addominale. I margini in alto scendono lungo le arterie ombelicali che debordano di poco per perdersi, assottigliandosi, sulla faccia anteriore del peritoneo: più in basso decorrono lungo le faccie laterali della vescica e terminano esattamente lunghesso le arterie ombelicali. Giunti all'escavazione pelvica i margini dell'aponeurosi in questione, come le arterie ombelicali, si portano obliquamente in basso, in dietro, ed in fuori: giunti infine in faccia alle pareti dell'escavazione lasciano la vescica e le arterie ombelicali per fissarsi all'osso iliaco, innanzi alla grande incisura ischiatica e più precisamente sul bordo anteriore di questa per tutta la sua estensione dinnanzi ai vasi iliaci interni.

In basso l'aponeurosi passa davanti alla vescica modellandosi su essa e prende contatto col pavimento pelvico. La base forma una linea curva a concavità posteriore la cui parte mediana è posta davanti alla vescica ed ai lati si riposa sull'aponeurosi pelvica superiore per perdersi nel connettivo circostante.

È l'aponeurosi ombelico-prevescicale che fissa al pavimento pelvico il cul di sacco prevescicale, cioè quel solco che esiste a vescica fisiologicamente repleta ed è formato per il fatto che il peritoneo, dopo aver tappezzata la faccia posteriore della parete addominale anteriore si inflette dal basso in alto, tapezza la parte superiore della faccia anteriore della vescica, la sua sommità per continuare nella faccia posteriore. È la stessa aponeurosi ombelico-prevescicale che impedisce l'ascesa di detto cul di sacco prevescicale, quando la vescica si riempie: che facendo ripiegare la parte extra peritoneale della faccia anteriore della vescica diminuisce l'estensibilità di questa regione (Poirier e Charpy. Trait. d'an. hum. Vol. V).

Uraco, arterie ombelicali e vescica così posti tra la aponeurosi ombelico-prevescicale all'innanzi ed il peritoneo all'indietro sono avvolti da una guaina connettivale appiattita dall'avanti all'indietro, la *guaina allantoidea*. Anzi questa guaina appare distinta in due foglietti: uno anteriore che discende fra l'uraco la vescica e le arterie ombeli-

cali in dietro, l'aponeurosi ombelico-prevescicale in avanti ed uno posteriore che discende fra il peritoneo in dietro e la vescica, l'uraco e le arterie ombelicali, in avanti. In alto i due foglietti, ai lati delle arterie ombelicali si uniscono e restano uniti verso il basso fino a livello del punto dove l'arteria ombelicale raggiunge l'ipogastrica: qui si dividono: l'anteriore va a fissarsi al bordo anteriore della grande incisura; il posteriore scende lungo i vasi iliaci interni e si fissa all'aponeurosi pelvica.

Per cui riassumendo dinnanzi alla vescica all'uraco ed alle arterie ombelicali abbiamo un foglietto aponeurotico resistente — l'aponeurosi ombelico prevescicale — ed il foglietto anteriore della guaina allantoidea: dietro a detti organi il foglietto posteriore della guaina allantoidea ed il peritoneo.

Ognun vede l'importanza di simile disposizione anatomica per l'argomento nostro, in quanto risulta che i tre cordoni fibrosi, uraco e arterie ombelicali, non si debbono considerare nettamente distinti, ma collegati piuttosto a formare un fascio — il fascio uraco-ombelicale.

*
* *

Per continuare la trattazione nostra son necessarï alcuni cenni intorno alla cicatrice ombelicale.

La descrizione classica che del bellico si fa dagli autori e che è riferita pure dal Levadoux (pag. 27) (1) lo rappresenta quale un orificio della linea alba, corrispondente al punto d'attacco del cordone ombelicale del feto. Esso è chiuso all'esterno della pelle cicatriziale che aderisce al suo contorno. La sua faccia interna libera è separata dalla cavità addominale per il peritoneo parietale che passa alla sua superficie.

Tuttavia una volta su cinque una *fascia umbilicalis*, di vario spessore, copre l'anello e fa per dir così da fodero al peritoneo. Tale apertura, con la sua cornice, ha l'ampiezza tutt'al più di un centimetro di diametro, e riproduce assai bene la forma della bocca di un forno, poi che il suo bordo superiore è a semicerchio e l'inferiore rettilineo. L'orificio centrale, di 2 a 4 millimitri circa, è libero: esso racchiude solamente un globetto di grasso. I bordi di quest'orificio son fatti da fasci

---

(1) Levadoux. — Variétés de l'Ombilic et de ses annexes. — Dirion. éd. Toulouse 1907.

obbliqui delle aponeurosi della linea alba, ai quali s'aggiungono di dietro dalle fibre arcuate; formando nell'insieme una massa omogenea, che non è stirata nelle contrazioni. Il margine superiore dell'anello è libero da ogni aderenza, il margine inferiore riceve l'inserzione dell'uraco, delle arterie ombelicali, della vena ombelicale. La vena può talora fissarsi sul lato destro ed essere dissociata in filamenti.

Dalla fusione di tutto questo complesso con la base dell'anello risulta un nodo fibroso, spesso aderente alla cute che attira verso sè. Al centro dei quattro cordoni, qualche autore descrive come costante una piccola fossetta intervascolare. Il peritoneo parietale è applicato alla faccia interna dell'anello e non aderisce ad esso che debolmente: talora ne è separato per uno strato adiposo lobulato nei soggetti pingui. In certi casi passa direttamente sull'orifizio, in altri vi si deprime. A questo punto pelle e peritoneo soli chiudono la cavità addominale.

La *fascia umbilicalis*, quando esiste, ha un'altezza variabile. Essa è formata da fibre trasversali applicate contro il peritoneo che si possono seguire fino ai margini dei muscoli retti, dove esse si confondono col fogliotto posteriore della loro guaina aponeurotica.

Il tipo di anello ombelicale descritto ora come classico, cioè come si disse fatto da un orificio il cui bordo inferiore riceve l'inserzione dei quattro cordoni, non sarebbe, secondo il Levadoux, il tipo più comune, almeno nell'adulto: anzi sarebbe piuttosto raro. Più comunemente la forma sarebbe circolare: sui suoi bordi inforiori e laterali s'inserirebbe il cordone risultante dalla riunione dei vasi inferiori; sulla metà superiore dei bordi laterali e spesso sul bordo superiore si inserirebbero le ramificazioni del legamento che farebbe continuazione alla vena ombelicale. Numerose varietà si trovorebbero poi sull'anello: varietà per l'ampiezza o per la forma: varietà per la linea alba: per i cordoni vascolari; dei quali i tre inferiori (arterie ombelicali e uraco) possono riunirsi in un sol cordone prima di attaccarsi all'anello, o anastomizzarsi fra loro con un aspetto di rote, dalla quale partono filamenti che senza disposizione speciale vanno all'anello: la vena ombelicale invece può sparpagliarsi in un numero variabile di filamenti che terminano sui bordi laterali e sul superiore dell'anello e sulla linea alba: varietà per la *fascia umbilicalis* che può mancare o trovarsi solo su un brevissimo tratto del tragitto della vena ombelicale: per il peritoneo che può presentare diverticoli entro la linea alba, o nella guaina dei retti, o delle frangie adipose, delle pliche mesenteriche, delle placche di atrofia a livello della vena ombelicale o dell' uraco.

Se varia è la disposizione del bellico e della sua regione dal lato della cavità addominale, pur varia è la forma della cicatrice cutanea. Già dissi come la descrizione classica data dal Catteau, di un gavocciolo centrale o papilla, di un solco che la circoscrive, di un cercine attorno al solco e di una cicatrice posta in genere sulla papilla, parrebbe tutt'altro che costante: anzi secondo Bert e Viannay, citati anche da Levadoux, corrisponderebbe appena alla metà dei casi. Questi darebbero, al bellico di tipo classico descritto il nome di *completo*: gli altri sarebbero a tipo incompleto. Il tipo incompleto comprenderebbe tre categorie. 1. Bellico incompleto senza papilla e senza cercine. 2. Bellico incompleto con papilla e senza cercine. 3. Bellico incompleto con cercine senza papilla.

Dschine (1) invece distinguerebbe il bellico a tipo prominente, il bellico a tipo piatto, il bellico a tipo depresso. Il bellico a tipo prominente assai spesso corrisponderebbe ad una depressione interna del peritoneo. Secondo Levadoux le diverse forme di tipi piatti o depressi sarebbero in rapporto col maggior o minor sviluppo dello strato adiposo, Per cui il bellico piatto si troverebbe su individui magri, il depresso sugli obesi: quindi le stesse forme ad epoche diverse si posson trovare sulla stessa persona.

Pensuti (2) distingue per la forma esterna bellici *orbitali*, cioè occupanti un'area in maniera da dare un insieme più o meno rotondeggiante; e bellici anorbitali o linearii, cioè formati da una semplice figura di linea.

Circa la eventualità di rapporti tra la forma esterna del bellico (bellico cutaneo) e la forma interna si avrebbe, secondo Levadoux, che nei casi di ombelico completo, quasi sempre si avrebbe una depressione dal peritoneo internamente, cioè una fossetta peritoneale ombelicale; nei casi di bellico incompleto, senza cercine ma con papilla, tale depressione è meno frequente.

*
* *

Io già dissi, e cercai di portarne le ragioni, come il bellico non sia per la configurazione sua un'entità costante: e non già in rapporto

---

(1) Dschine — Tesi di Mosca 1902.

(2) Pensuti — Gazzetta degli ospedali e delle cliniche N. 7 1910 pag. 76.

a cambiamenti nell'insieme della persona, come il dimagrare o il diventar obesi, che determinerebbe una minore o maggiore introflessione; ma a seconda delle posizioni della persona: e insistei sulle differenze in genere marcate che si determinano in conseguenza del passaggio dalla posizione orizzontale o meglio supina alla verticale. Ne consegue che, allora quando si voglia esaminare la forma del bellico, non si debba nè si possa prescindere dalla posizione da darsi alla persona. Nelle mie ricerche ho tenuto conto di questo elemento importantissimo esaminando la donna in una posizione costante cioè regolarmente supina e curando che la situazione fosse possibilmente in modo rigoroso orizzontale, togliendo ad esempio i cuscini sotto la testa e non esaminando su letti formanti un avvallamento sensibile. Ma poi che, come dissi, la forma cambia specialmente colla posizione eretta, in molti casi, tenni conto di tale mutazione di forma, specie per indagare, se tale mutazione fosse o no influenzata da condizioni patologiche nell'ambito del mio studio.

Inoltre io cercai di stabilire bensì se vi fosse un rapporto tra i varî tipi di cicatrice ombelicale, or ora riportati dai varî autori e forme patologiche nel campo della ginecologia. Effettivamente nessun rapporto mi apparve. E però, per lo scopo delle mie ricerche, feci astrazione dalle forme descritte; forme che più o meno comunemente assumerebbe, a seconda degli individui, la cicatrice ombelicale; ma sulla base che la cicatrice ombelicale assume un aspetto vario a seconda del senso di eventuali trazioni cui è sottoposta, mi fermai a questo particolare, siccome quello che fosse in grado di fornire elementi diagnostici presubilmente degni di considerazione. È logico infatti che tumescenze della sfera genitale femminile, col tirare in un senso anzichè in un altro, con maggiore o minor forza, la cicatrice ombelicale, in conseguenza delle pressioni che determinano sui cordoni fibrosi che alla cicatrice convergono, possano imprimere a questa un atteggiamento più o meno caratteristico.

Nelle ricerche eseguite su persone normali, delle quali già feci parola, si è visto che a seconda del senso verso il quale sente maggior trazione la cicatrice ombelicale, ha tendenza uno dei suoi margini a farsi tagliente e ad incurvarsi a formare una lunula, la cui concavità per ciò suol essere in rapporto al senso della trazione stessa. Così, come vedemmo, quando la persona passa dalla posizione supina alla verticale, il bellico risente una trazione da parte del legamento rotondo (arteria ombelicale) per cui è tratto in alto e il margine superiore forma una lunula a concavità in basso. Nella posizione supina invece, gravitando il pacco delle anse e la vescica posteriormente, i cordoni fibrosi, specie

l' uraco, che in parte risentono di tale gravitazione, tendono a stirare il bellico in dentro e talora alquanto basso: in quest'ultimo caso non è raro che il bellico tenda a formare una lunula al margine inferiore con concavità rivolta verso l'alto.

V'è quindi nella cicatrice ombelicale una mobilità nella fisonomia, caratterizzata dalla formazione di una lunula in uno de' suoi margini; precisamente in quello dal cui lato è sentita una maggior trazione. Le mie indagini perciò ebbero un elemento importantissimo nella formazione e nella posizione di detta lunula. Allo studio di questa associai la misurazione di quei diametri i quali contribuiscono a riconoscere un eventuale spostamento del bellico. Tali diametri sono quelli che io già presi su donne normali: cioè il diametro pubo-ombelicale, il diametro xifo-ombelicale e i diametri che dalla spina iliaca anteriore e superiore, per ciascun lato, vanno alla cicatrice ombelicale. Le norme per la misurazione e le abbreviazioni adoperate sono quelle che già indicai. Qui aggiungo, a differenza dei casi di donne normali studiate, che quando si trattava di tumescenze che facevano sporgere asimmetricamente le pareti dell' addome le misure furono prese, oltre che col nastro, col compasso di spessore. Ciò è ovvio, chè in simil guisa solo potevo ottenere la distanza effettiva dal bellico all'altro punto di ritrovo.

La modalità che ho seguito per studiare i singoli casi, con concetti il più possibilmente rigorosi, è la seguente. Per ogni caso scrivevo i dati delle misure e i caratteri della cicatrice ombelicale; indi all'intervento laparotomico segnavo le particolarità interessanti con ogni scrupolo. Poi cercavo di coordinare logicamente i reperti della posizione e della forma del bellico con quelli ricavati all'intervento laparotomico, persuaso che dalla sintesi dei dati ricavati, per ogni singolo caso, potessero scaturire gli elementi di conclusione, qualunque essi fossero, scopo di questo lavoro. Il quale è basato sulla maggior parte del materiale laparotomico di quest'istituto, dal 1908 a tutto il mese di Gennaio 1911. Di più v'è aggiunto anche casi non operati, questi però assai pochi e corrispondenti a quelli che, sicuri nella diagnosi, potevano servire come osservazioni complementari; tali, ad es., casi di ascite, casi di annessiti, di gravidanze extra-uterine.

Riportare tutto il materiale che fu oggetto di studio sarebbe impresa assai vasta e certamente superflua. Stimai perciò opportuno riferirne solo una parte, in modo tuttavia che le deduzioni riescissero sufficientemente documentate e corrispondessero al materiale preso nel suo complesso.

Le misure nei primi casi furono prese solo a donna in posizione supina: negli altri a posizione supina ed in piedi, per studiare le differenze di posizione e di forma che nelle due posizioni veniva a prendere la cicatrice ombelicale.

Sarebbe indubitatamente stato assai interessante l'osservazione della forma e della posizione del bellico alcun tempo dopo l'intervento, per determinare quali modificazioni fossero in rapporto alla eliminazione della tumescenza per cui si intervenne. Ma credetti non opportuno di ciò fare, in quanto la retrazione e le modificazioni in genere della cicatrice laparotomica, per sè stessa, influiscono sui caratteri della cicatrice ombelicale: nè è possibile scindere quanto per le mutate caratteristiche del bellico spetti all'una e all'altra delle due determinanti.

CASI CLINICI

Cedola n. 1143 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
18	20	20	21	

È il caso di una cisti ovarica destra a contenuto gelatinoso, nella quantità di circa Kg. 6, rotta posteriormente nel cavo peritoneale con passaggio in questo di parte del contenuto cistico, quasi a simulare una ascite.

Il peduncolo è torto per mezzo giro da destra a sinistra. Lievi aderenze della superficie anteriore del tumore con la parete addominale. Il bellico è lievemente estroflesso. Offre il margine inferiore a lunula con concavità in alto e lievemente a sinistra. Gli altri margini passano insensibilmente alla cute dell'addome.

La parte centrale, come dissi, alquanto estroflessa sporge come un bitorzolo molle da cui irradiano alla periferia 8 solchi.

L'addome è disteso come in una gravidanza di cinque mesi. La tumescenza è sotto-ombelicale con sviluppo maggiore a destra.

Considerazioni. Il bellico è tratto verso destra: infatti il diametro Sp.d è più breve del diametro Sp.s: la cicatrice ombelicale per la trazione in basso e a destra forma la lunula al margine inferiore con concavità

in alto e a sinistra. La spiegazione del fatto va verosimilmente ricercato in ciò che il tumore sorto a destra, anche nel suo passaggio dallo stato intrapelvico a quello addominale è rimasto prevalentemente da questo lato. Esso stira quindi maggiormente tra il cordone residuo dell'arteria ombelicale destra, per cui il bellico è tratto in basso e a destra.

Si è visto anche che la cicatrice ombelicale è estroflessa al centro. A questo riguardo occorre ricordare che una parte del contenuto cistico si è riversato nell'addome: tale contenuto libero nell'addome, quasi come in un'ascite vera, comprimendo le pareti verso l'esterno, spinge verso l'esterno, al centro dove è piú cedevole, il tessuto della cicatrice ombelicale. A differenza che nei casi d'ascite tipica, qui abbiamo anche una trazione in basso e a destra del bellico (lunula inferiore a concavità in alto e a sinistra).

Nei casi di ascite tipica, il bellico suol essere estroflesso, ma una lunula bene distinta a posizione supina di solito non si trova: vedasi in proposito la fig. 1 della tavola II.

Cedola n. 1169 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
17	18	14	15	

Considerazioni. È un caso di piccolo ematocele retro-uterino da gravidanza tubarica destra. Il peso della tumescenza è quindi lieve, perciò non avvertito sensibilmente dal fascio uraco ombelicale. Il bellico infatti non ha lunule, ma è rientrante a cono tronco ed a margini smussi. Troviamo bensì il diametro Sp.d che corrisponde al lato della tuba gravida un poco più breve del corrispondente sinistro. (Sp.d 14 = Sp.s 15). Ma di piccole differenze, spesso fortuite, non si può tener conto, allora quando, a differenza del caso antecedente, il bellico non presenti una lunula di trazione.

Cedola n. 1174 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
15	17	13	15	

Cisti ovarica destra, papillomatosa, con un giro e mezzo di torsione da destra a sinistra, a contenuto colloideo, nella quantità di Kg. quattro. Aderenze in alto ed in avanti coll'omento, aderenze parietali anteriori e col fondo pelvico, tutte però lasse e facilmente staccabili. La cicatrice ombelicale offre il margine inferiore a lunula con concavità in alto e a sinistra.

Considerazioni. La tumescenza estesa alquanto più a destra arriva da questo lato al bellico; a sinistra due dita sotto il bellico. Essa gravita sul fascio uraco-ombelicale e quindi forma la lunula descritta a detto margine.

La lunula inoltre guarda con la concavità non solo in alto, ma anche alquanto a sinistra; segno di trazione del bellico, non solo in basso, ma anche un po' a destra. Ciò presumibilmente è in rapporto al fatto che il tumore, sorto a destra è rimasto prevalentemente a destra anche nel suo sviluppo addominale: esso gravita quindi maggiormente da questo lato, verso il quale perciò è tratto il bellico; trazione indicata anche da una minor lunghezza del diametro Spd (13) rispetto al diametro Sps (15).

Cedola n. 1181 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
14	16	14	14	

Bellico a forma di fessura profonda, con lunula del margine superiore a concavità rivolta in basso, ad arco piuttosto acuto.

È una cisti paraovarica sinistra: a completo sviluppo infralegamentario, contiene circa 1 litro di liquido, non vi sono aderenze periferiche.

Considerazioni. Lo sviluppo infralegamentario della tumescenza determina un sollevamento del peritoneo pelvico: per ciò se noi ci riportiamo alle condizioni anatomiche che minutamente riferimmo circa i rapporti tra peritoneo, fascio uraco-ombelicale ecc. ci appare come il peso del pacco delle anse non debba più essere risentito o debba essere risentito in minor grado dal fascio uraco-ombelicale: la sua azione di trazione lieve, che normalmente parrebbe esercitarsi nel bellico, vien meno e prevale allora la trazione del legamento rotondo (vena ombelicale): da ciò la formazione della lunula al margine superiore, con concavità rivolta in basso.

Cedola n. 1189 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
17	17	17	17	

La cicatrice ombelicale è introflessa a cono: non presenta lunula alcuna. È un caso di fibroma sottosieroso.

Considerazioni. Il fibroma è peduncolato, grosso come la testa di un adulto, si impianta sul fondo uterino medialmente con peduncolo grosso; è libero da aderenze. Conseguentemente non agisce su un lato piuttosto che su un altro e però non sposta lateralmente la cicatrice: la quale probabilmente conserva la sua fisonomia primitiva, se l'introflessione a cono non si vuol considerare come una trazione uniforme dal bellico, determinata dalla uniforme distribuzione del peso del tumore.

Cedola n. 1204 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
11	17.5	14	16	

La cicatrice ombelicale è estroflessa in alto; introflessa in basso e a destra. Lunula a concavità in alto e sinistra.

Considerazioni. È il caso di un cistosarcoma ovarico destro. Aderenze del tumore all'omento, alle anse intestinali e alle pareti addominali. Per il suo sviluppo non raggiunge il bellico quindi tende ad aumentare la distanza Xo sulla Po, per la trazione che esercita in basso. Il tumore é a destra, conseguentemente pesa da questo lato. la relativa arteria ombelicale è stirata e diminuisce il diametro Sp.d rispetto al diametro Sp.s. La forma della cicatrice ombelicale indica questo stiramento perchè estroflessa in alto, è introflessa in basso e a destra. E forma quindi una lunula del margine inferiore a concavità che guarda in alto e a sinistra.

Degno di speciale nota è il fatto che nelle profonde inspirazioni, la parete addominale non si solleva uniformemente. La cicatrice ombelicale ad ogni ispirazione ha l'apparenza di esser tratta in basso e a destra, perchè mentre si solleva e si distende la rimanente parte

della parete addominale, questa nel tratto che corrisponde al diametro Sp.d, non è distensibile. Il fatto con molta probabilità è da ascrivere a ciò che le aderenze del tumore con la parete, data la situazione di questa prevalentemente a destra, prevalgono da questo lato. La parete addominale dove è fissa al tumore non è distensibile. Quindi il fenomeno constatato parrebbe talvolta espressione dell' esistenza di aderenze fra tumore e parete addominale.

Cedola n. 1221 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
14	11	14.5	16.5	

La cicatrice ombelicale, ampia, è introflessa quasi a cuneo: il suo apice introflesso è stirato alquanto in alto, il margine superiore è orizzontale: detto margine è a ripiegatura piuttosto acuta; l'inferiore è smusso, si da passare insensibilmente alla cute delle pareti.

In complesso il bellico ha la forma della lettera D. Il margine superiore quindi, quantunque tagliente, non è arcuato: non ha cioè la forma propria della lunula.

Considerazioni. È un caso di cisti ovarica sinistra suppurata, del contenuto di circa 1 litro: con idrosalpinge sinistra e cisti tubo-ovarica destra: fibromi multipli dell'utero interstiziali, sottosierosi, retroperitoneali. Grandi aderenze dell'omento e delle anse colla massa complessiva della tumescenza; per la quale l'addome appare disteso come in una gravidanza di 7 mesi, con espansioni laterali d'ambo i lati, ma più specialmente a destra. La vescica è tratta assai in alto, sicchè occorre, nell'intervento, limitare assai l'incisione della sierosa della parete addominale in basso.

Il caso è assai interessante ed offre il campo alle seguenti considerazioni. Contratte, la massa della tumescenza, aderenze nelle vicinanze del bellico e della vena ombelicale (legamento rotondo) ha tratto con sè nel suo sviluppo verso l'alto e a destra la vena ombelicale, ed il bellico. Da ciò una diminuizione della distanza xifo-ombelicale, ed un conseguente aumento della distanza Po (spostamento del bellico verso l'alto). Aumento della distanza dalla spina iliaca anteriore e superiore sinistra al bellico, rispetto alla rispettiva di destra (spostamento del bellico verso l'altro e a destra). Tale spostamento in alto è dimostrato

anche dalla forma del bellico che presenta la forma di un D, colla parte curva in basso; detta curva (margine inferiore) è smussa. ciò parrebbe indicare come manchi una trazione del fascio uraco-ombelicale. Il fatto, come già si osservò in altri casi, può essere ascritto allo sviluppo infralegamentario del tumore che fa sollevare il peritoneo pelvico e tende ad annullare la pressione del peso delle anse e della vescica sul fascio stesso.

La parte orizzontale della lettera D è il margine superiore divenuto tagliente, per il fatto della trazione verso l'alto per opera del legamento rotondo (vena ombelicale). Infine è a considerare il fatto che la vescica è tratta inalto: ciò è dovuto al sollevamento del bellico verso l'alto. Conseguentemente anche l'uraco è stirato in alto e con esso la vescica. La deduzione clinica importante in questo caso si è che lo spostamento accentuato dal bellico verso l'alto, deve rendere guardinghi nell'intervento laparotomico quando si incidono le pareti dell'addome; per evitare la lesione della vescica che in simili circostanze è a dubitare fortemente sia tratto in alto.

Cedola n. 1231 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
12.5	19	14	13	

Bellico estroflesso al centro, introflesso circolarmente specie al margine inferiore, ove forma una lunula a concavità in alto e lievemente a destra.

Considerazioni. È un caso di gravidanza tubarica sinistra suppurata: la massa è tutta nello scavo. Sonvi aderenze tutt' attorno alla sacca. Annessite destra.

La tumescenza posta a sinistra col suo peso agisce prevalentemente sull' arteria ombelicale omonima. Il bellico è tratto da questo lato: ciò risulta dalla minor lunghezza del diametro Sp.s. rispetto al diametro Sp.d e dal fatto che il bellico forma una lunula a concavità in alto e a destra. Complessivamente tutta la massa fa risentire la sua azione su tutto il fascio uraco ombelicale ed il bellico è tratto in basso, il che è dimostrato dalla brevità del Po rispetto al Xo.

Cedola n. 1235 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
16	15	15	14	

Il bellico è depresso profondamente in basso e in dentro; margine inferiore alquanto tagliente a concavità in alto (lunula inferiore).

Fibromi multipli del corpo a sviluppo endo-addominale.

Considerazioni. La cicatrice ombelicale è pressochè simmetrica: la lieve differenza dei diametri Sp.s (poco più breve) ed Sp.d è in rapporto a cause accidentali, a meno che non risponda ad un maggior peso del tumore a sinistra. Il bellico profondamante depresso in basso ed in dentro, si ha, analogamente per quanto avviene nei primi cinque mesi della gravidanza, quando il tumore col suo fondo si appoggia alla parete addominale anteriore e trae così sul fascio uraco-ombelicale. E può quindi essere un segno di sviluppo del tumore libero nella cavità dell' addome, anzichè a sviluppo infralegamentario; dove è più facile si formi una lunula al margine superiore con concavità in basso.

Cedola n. 1238 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
16,5	17,5	17	21	

Il bellico è a forma verticale con l'angolo superiore acuto e tratto in alto e in dentro, sì che il margine superiore forma una lunula ad angolo acuto, a concavità in basso: il margine sinistro è smusso, ma delineato; il destro invece si perde insensibilmente nella cute delle pareti.

Considerazioni. È un caso di cisto-carcinoma dell' ovaio sinistro, fisso per aderenze vaste e tenaci ad un fibroma dell' utero. Vaste aderenze fra omento, intestino, peritoneo col fondo e con la faccia posteriore della tumescenza. La tumescenza complessivamente per il suo sviluppo interessa la regione del bellico e la sorpassa. Anzi che appianato il bellico, come si verifica ad esempio nell' utero gravidico al 7. mese, poi che il volume dell' addome corrisponderebbe circa a

tale epoca di gravidanza, troviamo che esso è tratto in alto ed in dentro e però presenta una lunula a concavità in basso: inoltre il margine sinistro del bellico stesso è bene apprezzabile, mentre il destro si perde insensibilmente nella cute: ciò indica una trazione anche dal lato sinistro. La trazione in alto ed a sinistra allunga il diametro Sp.s (21) che appare maggiore destro (17): quantunque relativamente alla norma pur esso sia da ritenere allungato. Tutto può esser spiegato dal fatto che la tumescenza sviluppata specialmente a sinistra, ha col suo fondo aderito al peritoneo nella zona del bellico e delle sue vicinanze, che ha tratto in alto e dal lato dal quale si trovava cioè a sinistra. La posizione e la forma del bellico qui dunque parrebbero offrire un indice delle aderenze e del lato di maggior sviluppo della tumescenza.

Anche qui, come in un caso già descritto (cedola n. 1221-1908 I., la vescica è stirata in alto: perciò valgono le considerazioni fatte in detto caso; nel senso che innalzato il bellico, si innalza con esso l'uraco e conseguentemente la vescica: fatto degno di considerazione perchè indica cautela da mettere in atto nell'intervento laparotomico.

Cedola n. 1248 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
12	15	15	14.5	

Bellico introflesso al centro: i margini formano due lunule distinte, una superiore ed una inferiore, pressochè simmetriche: l'inferiore è un po' più profonda e un po' più tratta in basso.

Considerazioni. È il caso di una cisti ovarica sinistra dermoide. Il tumore è in posizione mediana ed anteposto all'utero. È aderente a tutta la parete addominale anteriore; posteriormente ed in alto aderente ad anse dell'intestino. La forma constata dal bellico è piuttosto rara.

La lunula inferiore che è la più marcata, trova la sua spiegazione nella pressione che il tumore fa sul fascio uraco ombelicale. La lunula superiore, è forse in rapporto alla configurazione speciale, per l'individuo, del bellico. A meno che non si voglia spiegare che la lunula inferiore, una volta formatasi, non sia stata più suscettibile di scomparire per le aderenze contratte in avanti ed in basso del tumore con la pa-

rete addominale anteriore (fissità del fascio uraco-ombelicale). Mentre per aderenze fra omento, anse ecc. in alto, il legamento rotondo (vena ombelicale) sia stato tratto in alto, determinando una lunula anche al margine superiore del bellico.

La piccola differenza tra il diametro Sp.d (15) e il diametro Sp.s (14.5) è a ritenere con ogni probabilità fortuita: quantunque non si possa escludere che il tumore originario di sinistra, sebbene al momento dell'esame in situazione mediana, accorci per il suo maggior peso dal lato di origine il diametro Sp.s.

Cedola n. 1260 di ginecologia. Anno 1908.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
16	18	15	14	

Il bellico è introflesso e tratto un po' in alto. Margine superiore smusso; inferiore che si perde insensibilmente con la parete addominale.

Osservazioni. È il caso di un piosalpinge destro. La forma del bellico qui sfugge a qualunqne considerazione. Si tratta di una tumescenza contenuta nello scavo. Il bellico anzi che tratto in basso e lievemente dal lato della tumescenza, ha piuttosto i caratteri di una trazione verso l'alto. È probabile che il legamento rotondo (vena ombelicale) determini tale stiramento: ma la causa, anche accettata simili ipotesi, sfugge. Ho creduto opportuno riferire il caso a dimostrare come talvolta, specie nelle annessiti, la forma della cicatrice ombelicale assuma caratteri complessi che parrebbero a tutta prima doversi ritenere fortuiti.

Cedola n. 519 di ginecologia. Anno 1909.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
16.5	16	15	15	

È il caso di una doppia cisti paraovarica, a sviluppo infralegamentario, endopelvica con vaste aderenze ai tessuti che la circondano.

Considerazioni. La cicatrice ombelicale ha una spiccata lunula inferiore, a donna supina. Di solito, in via normale, se esiste lunula inferiore, non è spiccata: quà il peso delle due cisti e le aderenze fanno spiccata la lunula inferiore; la quale è a ritenere, non per la posizione, ma per il suo grado, fino ad un certo punto, anomala.

I diametri che partono dalle spine iliache anteriori e superiori e vanno al bellico sono uguali per lunghezza. Il fatto ha probabilmente base nella bilateralità dell' affezione e nel conseguente stiramento uniforme del fascio uraco-ombelicale.

Cedola n. 570 di ginecologia. Anno 1909.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
12.5	17	13	14	

Si tratta di un caso di periovarosalpingite bilaterale.

Osservazioni. La cicatrice ombelicale, a donna supina, è introflessa, senza formazione di lunula alcuna. Il che è un fatto che si verifica non di rado anche a donne sane. Le annessiti semplici poco si prestano a provocare manifestazioni in corrispondenza della cicatrice, tali che forniscano elementi per la diagnosi. Il diametro Sp.s è più lungo del diametro Spd. Ma per le irregolarità delle aderenze, per il tempo di loro formazione o involuzione ecc. non si può fare, tranne in casi speciali, su ciò assegnamento.

Cedola n. 657 di ginecologia. Anno 1909.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
15	14	15.5	15.5	

È il caso di un utero fibromatoso, sviluppato in modo relativamente regolare, come una gravidanza trimestre.

Considerazioni. La cicatrice ombelicale è introflessa con bordi smussi. I diametri che dai vari punti di repere vanno al bellico, indicano una posizione pressochè simmetrica di questo. La regolarità di sviluppo dell'utero agisce con uniformità sul fascio uraco-ombelicale,

come suol avvenire per un utero gravido, e determina come questo un' introflessione regolare della cicatrice.

Cedola n. 614 di ginecologia. Anno 1909.

Po	Xe	Sp.d	Sp.s	Osservazioni.
34	14.5	25	28	

È il caso di una cisti ovarica sinistra che distende l' addome come in una gravidanza gemellare a termine, le pareti della cisti aderiscono completamente alle pareti dell' addome anteriormente.

Considerazioni. Il bellico forma una lunula superiore ed è tratto visibilmente in alto, come dimostra la brevità del diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo ombelicale. Questo e la lunula superiore (irregolare a donna supina) nei casi di cistomi sono frequente indice, come nel caso attuale, di vaste aderenze. È a notare ancora che il diametro Spd più breve del diametro Sps, indica una maggior gravitazione a destra del tumore; il quale, originario di sinistra, nello stadio addominale, è passato dal lato opposto a quello di origine.

Cedola n. 798 di ginecologia. Anno 1909.

Po	Xo	Spd	Sp.s	Osservazioni.
13	15.5	12.5	13	

È il caso di una cisti paraovarica destra infralegamentaria tuttavia nello stadio endopelvico. Aderenze fra tumore e omento, fra tumore ed anse. Annessite sinistra.

Considerazioni. La cicatrice ombelicale, a donna supina, è introflessa e forma una lunula al margine superiore. Quando una tumescenza è infralegamentaria, come già vedemmo e come già si cercò di spiegare, non è difficile si formi, a donna supina, una lunula al margine superiore.

Il tumore è a destra, sessile e nello stadio endopelvico ed il diametro dalla spina iliaca anteriore e superiore di questo lato è un po' più breve di quello dal lato opposto.

Cedola n. 825 di ginecologia. Anno 1909.

P o	X o	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
17	13.5	14.5	14	

È un caso di fibromi uterini, di cui un nodo è anche a sviluppo infraligamentario; con aderenze anteriori: la vescica è sollevata, anche nello stato di vacuità, fin quasi al bellico.

Considerazioni. La cicatrice ombelicale, a donna supina, ha segni evidenti di trazione verso l'alto. Il suo margine inferiore si confonde insensibilmente con la cute della parete addominale: il superiore forma una lunula quasi trasversale.

La lunula superiore, irregolare per la sua presenza e per la sua forma, a donna supina nel caso attuale, è associata, come non di rado, e come ripetutamente già si fece notare, allo sviluppo infralegamentario del fibroma. Degno di nota è l'associazione di questa lunula e l'accorciamento palese del diametro xifo-ombelicale, rispetto al pubo-ombelicale.

Cedola n. 828 di ginecologia. Anno 1909.

P o	X o	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
17.5	14.5	14.5	15	

È il caso di una donna con utero fibromatoso: due nodi, di cui uno anteriore, sono a sviluppo infralegamentario. La vescica, anche allo stato di vacuità, deborda dalla sinfisi.

Considerazioni. Nello sviluppo infralegamentario, come ripetutamente s'è notato, si trova non di rado la lunula al margine superiore, anche a donna supina. Anche non di rado, come in questo caso, si trova palesamente più breve il diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo ombelicale. Lunula al margine superiore e brevità del diametro xifo-ombelicale si associano spesso, come anche questo caso dimostra, a trazione verso l'alto della vescica.

Cedola n. 1070 di ginecologia. Anno 1910.

P o	X o	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
14	15	13.5	13	Donna supina.
14	16	13	13	In piedi.

La forma del bellico è riprodotta dalle figure della tavola IX.

Considerazioni. Si tratta di un caso di un piccolo piosalpinge destro ed annessite sinistra. La complessità del caso non può indurre forme chiari nel bellico. Nelle annessiti in genere, come già si fece cenno, a seconda dell'origine, del luogo di maggior intensità, del modo di diffusione del processo infiammatorio si possono provocare aderenze, retrazioni cicatriziali ai tessuti pelvici, che ripercuotendosi nel fascio uraco-ombelicale in modo irregolare e saltuario debbono logicamente indurre variazioni nella forma e nella posizione del bellico a tipo assolutamente irregolare. E nelle annessiti la forma e posizione del bellico verosimilmente poco debbono prestarsi a concetti diagnostici. Tuttavia ho creduto riprodurre anche questo caso per mostrare come talune spiegazioni fin'ora invocate per le mutazioni della cicatrice ombelicale pure qui possono trovare una conferma anzi che una smentita. Infatti, nella posizione orizzontale, come si può scorgere dalla fig. 1 tavola IX, il bellico è tratto in basso; ciò che è dimostrato dalla lunula ben distinta al margine inferiore, lunula con concavità verso l'alto. Nel passaggio alla posizione verticale resta immutato il diametro Sp.s; si accorcia alquanto il diametro Sp.d ad indicare un maggior peso da questo lato; ed il bellico viene a formare una lunula a concavità in basso ed un po' a destra, ad indicare come assuma aspetto non solo di trazione in alto ma anche a sinistra per controbilanciare una trazione in basso e a destra. Il caso quindi può tuttavia essere utile come dimostrazione del lato nel quale v'è la maggior lesione degli annessi.

Cedola n. 1174 di ginecologia. Anno 1910.

P o	X o	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
13.5	12.5	13	13.5	Donna supina.
14.5	14.5	15.5	13.5	Donna in piedi.

A donna supina il bellico è introflesso senza lunula: a donna in piedi il bellico ha una lunula superiore.

Considerazioni. Per questo caso valgono in linea di massima le considerazioni fatte per un altro caso di annessite (caso 1070); nel senso cioè che le annessiti per il modo di insorgere, di propagarsi ecc. provocano aderenze, fatti cicatriziali ecc. a tipo irregolare; irregolarità che suole influire sul bellico, il quale nell'atteggiamento suole perciò sfuggire a norme di una certa costanza. Siamo precisamente innanzi ad un caso di annessite sinistra con retroversione. La forma del bellico non ha in sè elementi chiari che possano ricondurre a concetti diagnostici. Forse per ciò che si riferisce alle misure degno di nota si è che nella posizione orizzontale Sp.s rimane costante, mentre aumenta Sp.d: ciò probabilmente è in rapporto al fatto che la lesione infiammatoria sviluppatasi a sinistra, influisce sull'arteria ombelicale di sinistra, e ne impedisce la distensione.

Cedola n. 1185 di ginecologia. Anno 1910.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
18.5	15.5	13	15	Donna supina.
18	15	15	16.5	Donna in piedi.

È il caso di un fibroma: il maggior sviluppo suo è dato da un nodo infralegamentario anteriore e destro.

Considerazioni. Degno di nota è qui anzitutto il fatto che, a donna in posizione supina, il bellico ha una lunula superiore a concavità in basso: mentre più comunemente si osserva il contrario. Ciò deve rendere il sospetto di una trazione verso l'alto. Tale sospetto trova una conferma nel diametro xifo-ombelicale, assai più breve del pubo-ombelicale.

In posizione verticale la lunula è ancora a concavità in basso: però il bellico appare risentire una trazione oltre che in alto lievemente a sinistra, il che corrisponde presumibilmente ad una controtrazione in basso ed a destra. Da questo lato si trova, tanto in posizione supina che in posizione orizzontale, il diametro della spina iliaca ant. superiore al bellico, più breve del corrispondente, ad indicare ivi una maggior trazione od una minor distensibilità. E da questo lato

precisamente si trova la massa maggiore, a sviluppo infralegamentario. Degno poi specialmente di osservazione è il fatto che pure in stato di vacuità, la vescica era tratta in alto e debordava circa tre dita dal margine superiore del pube. Il fatto concomita coi segni della trazione in alto del bellico, ricavata come dicemmo dalla lunula superiore del bellico, esistente già a donna supina e dalla brevità del diametro X o rispetto al P o. La spiegazione già in addietro accennata, del fenomeno è ovvia. Il bellico, sollevato in alto, alla sua volta stira in alto l'uraco e questo la vescica. Come pure già in addietro accennai, il fatto è probabilmente in rapporto a ciò che per essere il tumore a sviluppo infralegamentario, solleva più o meno il peritoneo pelvico ed annulla il peso dei visceri che dovrebbe essere trasmesso al fascio uraco-ombelicale. Da ciò una mancata trazione in basso del bellico, che non controbilancia più la probabile trazione fisiologica in alto del legamento rotondo (vena ombelicale): e però il bellico è portato in alto.

Cedola n. 1190 di ginecologia. Anno 1910.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
13	19	13.5	12.5	Donna supina.
14	21	15	13	Donna in piedi.

È il caso di un cistocarcinoma ovarico bilaterale: i due tumori sono retroposti all'utero; quello' di destra è alquanto sovrapposto a quello di sinistra e poco più voluminoso; privo di aderenze. Quello di sinistra è aderente al Douglas e l'omento aderisce alla sua faccia anteriore ed ivi è infiltrato.

Considerazioni. Come si scorge dalla figura (v. fig. 1, tavola V) il bellico, in posizione orizzontale, offre, oltre che la lunula inferiore la quale può anche essere ritenuta regolare, una lunula superiore: la cui presenza è affatto irregolare: ed è a ritenere in probabile rapporto alle aderenze contratte da una delle tumescenza.

Nella posizione verticale la lunula inferiore scompare e resta la superiore, più accentuata però e tratta in alto e a destra (v. fig. 2, tavola V). Il che indicherebbe una trazione più energica ad una maggior resistenza in basso ed a sinistra. Da questo lato troviamo, tanto a donna in piedi quanto a donna supina, il diametro della spina iliaca anteriore superiore al bellico, più breve che il corrispondente di destra.

Dunque la forma del bellico, a posizione verticale, e la maggior brevità del diametro Sp.s indicano una maggior trazione od una minor distensibilità dell'arteria ombelicale sinistra. E da questo lato precisamente noi troviamo il tumore aderente al Douglas e da questo lato ancora abbiamo aderenze omentali: condizioni che diminuiscono la distensibità dei tessuti.

Cedola n. 1211 di ginecologia. Anno 1910.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
14	14	13	13	Donna supina.
15	17	13	14.5	Donna in piedi.

Si tratta di un caso di fibroma a sviluppo pseudo-infralegamentario. La massa maggiore del tumore, della grandezza quasi della testa di un feto a terminc, è sviluppata sulla parete posteriore, ch'esso trae in basso e trasforma in inferiore, ed essa si affonda nello scavo ed alquanto a destra. Il collo uterino è spinto contro l'arco pelvico anteriore e verso l'alto.

Considerazioni. La figura del bellico che presento (v. fig. 1, tav. VII) offre, a donna supina, una lunula superiore a concavità in basso: il fatto è assai probabilmente in rapporto al collo uterino che, spinto contro l'arco pelvico anteriore e in alto, agisce sui foglietti che racchiudono il fascio uraco-ombelicale: neutralizza la loro normale distensione: e la cicatrice ombelicale più facilmente risente l'azione del legamento rotondo (vena ombelicale); per cui si forma la lunula superiore, anzi che inferiore. Nella posizione verticale (v. fig. 2, tav. VII) il bellico decisamente appare tratto in alto ed a sinistra (lunula a concavità inferiore e destra). E qui noi abbiamo il diametro Sp.d più breve nel diametro Sp.s. Ciò trova spiegazione nelle minor distensibilità dei tessuti del lato destro, dove maggiormente si affonda il tumore.

Cedola n. 1216 di ginecologia. Anno 1910.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
17	16.5	14	14	Donna supina.
16	14.5	14	13.5	Donna in piedi.

A donna supina il bellico è pianeggiante e raggiato. A donna in piedi forma una lunula a concavità ampia rivolta in basso.

Considerazioni. È un caso di retroversione mobile con degenerazione microcistica di ambe le ovaia. Il bellico non risente alcuna influenza, da ciò la sua forma pianeggiante, la regolare lunghezza dei due diametri Sp.d Sp.s: e quella quasi uguale dei diametri Po ed Xo. In piedi le solite modificazioni fisiologiche.

Cedola n. 1763 di ostetricia. Anno 1910.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
16	17	18	18	Donna supina.
15	20	19	18.5	Donna in piedi.

È il caso di una cisti ovarica sinistra che supera di poco il bellico in altezza, totalmente aderente alla parete addominale anteriore.

Considerazioni. Il bellico, come si scorge dalla figura I della tavola III, in posizione orizzontale è tratto decisamente in basso e forma una lunula a margine rotondeggiante rivolta in alto. Ciò permette una prima constatazione. Lo sviluppo batrachiano del ventre, l'irregolarità della ottusità superiore del tumore determinata dalle aderenze contratte dal tumore colla parete addominale, giustificavano una discussione per la diagnosi differenziale con un'ascite. Di solito però nell'ascite, per la pressione del liquido non incistato sul bellico, si ha tendenza alla estroflessione di questo. Nel caso in questione trattandosi di un tumore a pareti proprie, tumore che poggia sul fascio uraco-ombelicale, il bellico non che essere estroflesso, malgrado la pressione del liquido, è introflesso. Un elemento questo perciò che parla in favore nella diagnosi differenziale della cisti.

Altro elemento degno di considerazione è dato dalla osservazione della modificazione dei diametri e dalla forma del bellico dal passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale. Qui (v. fig. 2. tavola III) noi troviamo che il diametro P o, che il più delle volte aumenta, diminuisce. E conseguentemente il diametro X o allungasi notevolmente. Il fatto in questo caso forse è in rapporto a ciò che per la gravitazione, nella posizione eretta, la cisti tende ad abbassarsi in totalità: siccome essa è totalmente aderente alla parete addominale anteriore al di sotto del bellico, questo tratto per così dire, si accorcia per seguire il movimento

di discesa della cisti: e per il peso si allunga invece soltanto il tratto delle pareti addominali che è al disopra del bellico.

Ancora noi troviamo che nel passaggio alla posizione eretta si accorcia alquanto il diametro Sp.s mentre il diametro Sp.d resta costante; indice di una maggior pressione, per quanto lieve, date le aderenze del tumore alla parete, al lato sinistro, lato di origine del tumore. E per questo osservando la forma del bellico (Tav. III fig. 2) troviamo che esso assume il solito atteggiamento fisiologico a trazione in alto; ma contemporaneamente anche a trazione destra, per la controtrazione alla maggior pressione in basso e a sinistra.

Infine è a ricordare come il bellico, anche a donna in piedi, resti sempre introflesso ed è questo un altro argomento a favore dell'esistenza della cisti contro quella di un'ascite, in quanto che in questa l'estroflessione, a donna in piedi suol rendersi più apprezzabile: di qui un altro elemento quindi di diagnosi differenziale.

Cedola n. 18 di ginecologia. Anno 1911.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
17	15	14.5	15	Donna supina.
15	17.5	15	14.5	Donna in piedi.

In posizione supina il bellico è imbutiforme. In piedi il bellico forma una lunula ad arco dolce con concavità in basso.

Si tratta di un caso di gravidanza extrauterina, quadrimestre tuttavia in atto. Il feto è nell'addome, la placenta è contenuta nella tromba di sinistra, che fattasi quasi mediana, deborda dal pube di circa due dita. V'è annessite del lato destro.

Considerazioni. Se si tien conto della posizione quasi mediana della sacca, dell'annessite destra e del fatto di retrazioni nel campo pelvico inerenti ad una colpo-celiotomia già subita dalla donna due anni innanzi. per un'altra gravidanza extrauterina, è ovvio come una trazione dal lato in cui risiede la sacca gravidica possa non essere avvertita con spostamenti del bellico. Vero è che il diametro Sp.s (15) è lievemente più lungo del diametro Sp.d (14.5) a donna supina. Ma simile differenza per essere ritenuta associata ad un reale spostamento del bellico, deve pure essere associata a una forma del bellico che riveli la trazione dal lato in cui il diametro è più breve cioè il destro, quale

sarebbe precisamente la formazione di una lunula a concavità in alto e a sinistra. Qui il bellico, come si rileva dalla figura che presento, (Tav. VIII fig. 1) è assolutamente imbutiforme e non dà, per la forma sua, indizio di trazione da un lato piuttosto che da un altro. La lieve differenza quindi fra i diametri Sp.d e Sp.s non deve essere interpretata come una trazione esercitata sull'arteria ombelicale dal lato del diametro più breve, cioè il destro.

A donna in piedi invece il bellico assume il solito atteggiamento fisiologico di trazione verso l'alto, cioè presenta una lunula a concavità inferiore. Senonchè come si scorge dalla figura che presento (v. Tav. VIII fig. 2) la lunula è tratta anche un po' verso destra, si che la concavità sua non guarda solo in basso, ma anche lievemente a sinistra. Il che parrebbe doversi spiegare col fatto che il legamento rotondo (vena ombelicale) debba esercitare una maggior trazione oltre che verso l'alto (trazione fisiologica) anche verso destra, a controbilanciare una trazione e una minor distensibilità in basso ed a sinistra. E che così sia parrebbe desumersi anche dal fatto che il diametro Sp.s nella posizione eretta diminuisce (trazione sull'arteria ombelicale sinistra) mentre il destro, che non subisce tale trazione, aumenta. Concludendo quindi in questo caso, nella posizione orizzontale la tumescenza non fa sentire il suo peso su un lato anzi che su un altro, nella posizione verticale lo fa sentire, dal lato in cui esso è originato. Il confronto quindi dei mutati rapporti e del cambiamento della forma del bellico nel passaggio dalla posizione orizzontale alla eretta è utile per mettere in rilievo elementi diagnostici che colla posizione orizzontale sola non si potrebbero apprezzare.

Cedola n. 51 di ostretricia. Anno 1911.

P o	X o	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
18	20	17	17	Donna supina.
20	20	19	19	Donna in piedi.

È il caso di un'ascite libera, da cirrosi epatica, in una puerpera in V giornata. Le puerpere, anche secondo mie osservazioni, per l'antiflessione uterina, nei primi giorni, presentano il bellico introflesso e stirato un po' in basso, per ciò che il fondo uterino gravita sul fascio uraco-ombelicale. Qui invece l'ascite, per la pressione del liquido libero,

provoca una decisa estroflessione del bellico, come si scorge nella figura 1 della tavola II. E la pressione del liquido essendo uniforme in tutti i sensi, uniformemente in tutti i sensi distende l'addome, per cui i due diametri Sp.d e Sp.s sono uguali.

Com'è quasi di norma, il diametro X o è un po' più lungo del diametro P o. Nel passaggio della persona alla posizione eretta, il maggior peso del liquido nella parte bassa dell'addome fa allungare il P o mentre resta costante il diametro X o. Già si disse del diverso comportamento nel caso di cisti ovariche. Qui è a notare ancora, altro fatto che talora può distinguere il liquido libero, da liquidi contenuti entro cisti, come per la pressione uniforme del liquido, aumentino col passaggio alla posizione eretta, di ugual grado i diametri Sp.d Sp.s. Quanto alla cicatrice ombelicale la disposizione lievemente arcuata, come si scorge nella figura 2 della tavola II, delle fibre cutanee, a formare sopra essa un lieve arco regolare rivolto in basso, indica la trazione, costante a posizione eretta, verso l'alto, trazione uniforme, (arco regolare) per l'uniforme pressione del liquido ascito. *Ma la cicatrice permane sempre estroflessa.*

Cedola n. 65 di ginecologia. Anno 1911.

Po	Xo	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
16	13.5	13.5	15	Donna supina.
16	14.5	16	15	Donna in piedi.

È il caso di una cisti ovarica destra, che deborda di un dito trasverso dalla sinfisi: è assolutamente priva di aderenze e mobile.

Qui anzitutto è ad osservare come a posizione supina la distanza xifo-ombelicale sia alquanto più breve della pubo-ombelicale. Potrebbe ciò far supporre uno spostamento verso l'alto del bellico ad opera del tumore, ma a parte lo sviluppo relativamente piccolo del tumore che è lontano dalla zona del bellico; questo, come si scorge dalla figura 1 della tavola IV, forma una lunula a concavità in alto, segno quindi di trazione verso il basso.

Nel passaggio alla posizione eretta X o si allunga, si avvicina a P o che rimane costante, segno di distensibilità dal tratto Xo.

Il bellico a posizione eretta, come ripetutamente si vide, di norma assume un atteggiamento come se fosse tratto in alto (lunula a concavità inferiore) qui però v'è un accenno di trazione anche a destra: segno questo di un maggior stiramento in basso e a sinistra: e noi vediamo a posizione eretta il diametro Sp.s più breve del corrispondente Sp.d. Il tumore è originario di destra. Nel passare i tumori ovarici dallo stadio pelvico allo stadio addominale si sogliono spostare dal lato opposto a quello di loro origine, dove invece è spinto l'utero. Qui è un tumore che inizia il suo stadio addominale (deborda di un dito dalla sinfisi) e noi vediamo nella stazione eretta pesare di più sul lato sinistro (opposto a quello di origine): probabilmente in rapporto al suo spostamento da questo lato. Tuttavia è a notare come nella posizione orizzontale sia il diametro Sp.d più breve del corrispondente Sp.s: a dimostrare a destra una maggior pressione. La spiegazione qui è alquanto difficile. Non sarebbe improbabile però che, essendo un tumore ovarico in cui lo stadio pelvico appena si inizia, nella posizione orizzontale della donna verrebbe a gravitare ancora in basso e dal lato di origine: nella stazione eretta, gravitando anche verso la parete addominale anteriore, subirebbe quelle determinanti che spostano i tumori ovarici dal lato opposto a quello di origine.

Cedola n. 69 di ginecologia. Anno 1911.

Po	No	Sp.d	Sp.s	Osservazioni
19	19.5	16	15	Donna supina.
19	24	18.5	17	Donna in piedi.

Cisti ovarica destra priva di aderenze, mobile, che arriva quasi al bellico. Il quale, a donna supina, è a lunula inferiore con concavità in alto: e a donna in piedi è ancora a lunula inferiore con concavità in alto e di più alquanto a destra.

Il caso dà luogo alle seguenti osservazioni; il bellico, come si è detto ripetutamente, nella posizione eretta forma una lunula a concavità in basso per la trazione che riceve dal legamento rotondo (vena ombelicale). Qui invece il bellico anche a posizione eretta ha una lunula a concavità in alto. Tale eccezione alla regola forse è in rapporto ad una abnorme lunghezza del legamento rotondo (vena ombelicale): e tale deduzione parrebbe doversi inferire per ciò che, nella posizione eretta

si allunga assai il diametro X o, allungamento più facile, come è ovvio, quando la lunghezza del legamento rotondo lo permette.

Ancora è ad osservare come la lunula, nella stazione eretta, guardi oltre che in alto anche un po' a destra (concavità in alto e a destra): segno di trazione in basso ed a sinistra, e ciò è in accordo col fatto che il diametro Sp.s, tanto a donna orizzontale che eretta, è più breve del corrispondeute Sp.d. Ciò indica un maggior peso del tumore dal lato sinistro. È noto che i tumori ovarici, privi di aderenze, nel passare dallo stato pelvico allo stato addominale, sogliono spostarsi dal lato opposto a quello dal quale sono originati, mentre l'utero si sposta da questo lato. Il fatto della posizione e della forma del bellico in questo caso conferma la regola. Il tumore originato dal lato destro, giunto nell'addome, s'è spostato a sinistra come risulta dalla maggior pressione da questo lato.

***

Prima di sintetizzare sui reperti ottenuti nei singoli casi, a scopo di chiarezza, utile sembrami richiamarmi un momento ai dati anatomici che ho riportati in principio del lavoro e di procedere con analisi, schematizzando i cambiamenti di posizione e di forma del bellico, in rapporto a tumescenze ginecologiche, sotto il punto di vista teorico.

Se noi per un momento vogliamo supporre che i quattro cordoni fibrosi, i quali al bellico convergono, siano perfettamente distinti e distintamente si inseriscano al punto di convergenza, ci vien facile immaginare le modificazioni di forma e di posizione del bellico determinata da tumescenze del campo ginecologico. Così ad esempio, se una tumescenza pesa lungo il tratto dell'arteria ombelicale destra il bellico verrebbe tratto dal lato di questa, si formerebbe quindi una lunula al margine inferiore e destro della cicatrice, lunula a concavità in alto e a sinistra: e si accorcerebbe la distanza dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore destra. Parole analoghe si posson dire per il lato sinistro. Una tumescenza poi, che gravasse solo sull'uraco e non sulle arterie ombelicali stirerebbe questo, il quale, inserto al centro del margine inferiore della cicatrice, abbasserebbe il centro stesso, lungo la linea mediana ed il bellico acquisterebbe la forma di una fessura verticale, il cui margine inferiore formerebbe una lunula assai acuta a concavità rivolta direttamente in alto. Una tumescenza mediana che tragga, oltre che sull' uraco, sulle due arterie ombelicali, sim-

metricamente, abbasserebbe il bellico che, stirato al suo margine inferiore, non solo al punto centrale ad opera dell'uraco, ma anche lateralmente (ad opera delle arterie ombelicali) non acquisterebbe la forma di fessura, ma sarebbe rotondeggiante al suo margine inferiore; in modo insomma da formare una lunula dolcemente arcuata a concavità in alto simmetrica. Tale simmetria della lunula sarebbe perduta se la tumescenza traesse alquanto più da un lato che dall'altro. Così ancora, feci in addietro notare come a donna supina il bellico nella maggior parte dei casi si presenti introflesso o senza lunula o con un accenno di questa al margine inferiore, formando quindi una concavità rivolta in alto e dissi pure come il fatto si dovesse interpretare quale una trazione che sul fascio uraco-ombelicale esercita col suo peso in dietro ed in basso la vescica il pacco delle anse intestinali. Ora se una tumescenza annullasse simile trazione, verosimilmente il bellico, avvertendo solo la trazione verso l'alto fatta dal legamento rotondo (vena ombelicale) sarebbe tratto verso l'alto: e verso l'alto simmetricamente, se la trazione fosse annullata ugualmente su tutto il fascio uraco-ombelicale: verso l'alto e a sinistra, se la trazione è annullata alla arteria ombelicale destra; verso l'alto e a destra nel caso di trazione annullata a sinistra. E il bellico assumerebbe la lunula al margine superiore rispettivamente con concavità verso il basso (annullamento uniforme della trazione uraco-ombelicale); con concavità rivolta in basso e a destra (annullamento a destra); con concavità rivolta in basso e a sinistra (annullamento a sinistra). Tumescenze le quali possono annullare la trazione uraco-ombelicale sono talune di quelle che si sviluppano nello scavo: tali sono ad esempio, in determinanti casi, tumescenze le quali sollevino il peritoneo pelvico: per cui può scomparire l'azione fisiologica di gravitazione della vescica e del pacco delle anse sul fascio uraco-ombelicale.

Ed ancora il bellico può assumere la lunula al margine superiore con concavità rivolta in basso, quando rimasta costante, o quasi, la trazione sul fascio uraco-ombelicale, il legamento rotondo (vena ombelicale) sia tratto in alto; il che, come vedremo, può pur avvenire per azione di tumescenze di origine ginecologica.

***

Effettivamente i cordoni fibrosi che alla cicatrice ombelicale convergono, quasi mai offrono anatomicamente le condizioni, che io per schematizzare e per rendere facile la comprensione dei reperti clinici ho voluto supporre.

Infatti, come già feci notare, i cordoni fibrosi in questione di rado isolatamente giungono in corrispondenza del margine inferiore della cicatrice ombelicale, come si vuole nella descrizione classica della cicatrice stessa: più spesso sui bordi inferiori e laterali s'inserisce il cordone risultante dalla riunione dei vasi inferiori: sul bordo superiore, nei bordi laterali, verso l'alto, si inseriscono le ramificazioni del legamento che farebbe continuazione alla vena ombelicale. Per altro in proposito, come ebbi a dire, le varietà sono parecchie, sì che si è ben lontani da un tipo comune e costante.

Ancora dissi, come in corrispondenza del bellico il peritoneo possa essere rinforzato da una *fascia umbilicalis*, che per la sua resistenza può rendere più o meno difficile l'introflessione del bellico a formare la lunula sul margine che risenta maggiormente una trazione.

Anche è a notare, come una trazione che isolatamente si eserciti su un'arteria ombelicale o sull'uraco non sempre può essere avvertita solo dall'arteria ombelicale o dall'uraco, ma può esser trasmessa più o meno sentitamente dal cordone fibroso che risente la trazione agli altri. Quando i tre cordoni fibrosi posseggono ciascuno un proprio *meso*, specie se questo è assai sviluppato, godendo il cordone nel decorso suo di una certa indipendenza, può risentire una trazione e spostarsi senza trasmetterla sensibilmente agli altri. Non sempre tali *meso* esistono o sono sufficientemente sviluppati: quando ciò non avvenga, per il fatto che le arterie ombelicali e l'uraco posseggono all'innanzi un foglietto aponeurotico — l'aponeurosi ombelico-vescicale e il foglietto anteriore della guaina allantoidea; di dietro il foglietto posteriore della guaina stessa ed il peritoneo; restano racchiusi tra lamine comuni e relativamente resistenti. Ne consegue che per esse la trazione esercitata isolatamente in uno dei cordoni fibrosi, in modo più o meno sentito, può trasmettersi agli altri ed il margine inferiore del bellico può prendere atteggiamenti modificati rispetto a quelli che prenderebbe ove la trazione si esercitasse su un solo dei cordoni fibrosi.

La variabilità quindi, in rapporto agli individui, dalle contingenze anatomiche risguardanti i quattro cordoni fibrosi che al bellico convengono, la stessa variabilità nei caratteri della cicatrice ombelicale, sempre in rapporto agli individui, fanno sorgere il dubbio che il quadro schematico che io ho presentato dei mutamenti per la forma e per la posizione del bellico, in rapporto all'azione che sui cordoni fibrosi in questione direttamente o indirettamente esercitano tumescenze di origine ginecologica, non possa essere accettato, almeno nella sua inte-

rezza, dal punto di vista clinico. Ora precisamente la disanima dei casi da me studiati potrà farci conoscere entro quali limiti hanno valore le constatazioni schematiche riferite, che è quanto dire fino a qual punto le modificazioni di posizione e di forma del bellico, specie la formazione ad uno dei margini della lunula, abbiano importanza per la diagnosi della natura, della sede e dei rapporti di tumescenze che appartengono al campo ginecologico.

***

Se ora noi ci facciamo, in uno sguardo complessivo, a considerare la casistica clinica, quale io l'ho prodotta e le considerazioni che, caso per caso, sono andato svolgendo, troviamo che, se non nei minuti particolari, nelle linee generali le deduzioni anatomiche di sopra fatte trovano la loro corrispondenza all'atto pratico. Egli è quindi che le variazioni da individuo a individuo, le quali si riscontrano per i quattro cordoni che al bellico convergono, non sono tali da togliere una certa costanza nelle modificazioni che in corrispondenza del bellico possono provocare tumescenze pertinenti alla sfera genitale della donna. Nè qui è d'uopo ch'io spieghi che alla parola tumescenza io concedo una significazione assai lata, in essa comprendendo ingrossamenti o tumefazioni di qualunque natura. Non è certo a credere che per ogni data specie di tumescenze, corrisponda una speciale fisionomia della cicatrice ombelicale: ma se noi ci limitiamo alle modificazioni sulle quali mi sono di sopra soffermato, vale a dire alla comparsa di una lunula ad un margine piuttosto che ad un altro e allo spostamento della cicatrice rispetto ai punti di repere, quali sono il margine superiore della sinfisi pubica, l'apofisi xifoide, la spina iliaca anteriore e superiore di ciascun lato, chiaramente noi possiamo trarre concetti diagnostici. E manifestazioni che parrebbero determinate da norme di una certa costanza si raccolgono al bellico, quantunque clinicamente si constati non di rado, che forme ginecologiche complesse agiscano complessivamente su quei fattori che influenzano la forma e la posizione della cicatrice.

***

Venendo all'analisi di quanto degno di nota ho potuto trovare, anzitutto ricorderò come nella formazione di liquido libero nell'addome, per la pressione uniforme del liquido stesso sulle pareti, il bel-

lico riceve una spinta verso l'esterno e tende ad estroflettersi. Il fenomeno è più o meno evidente a seconda della maggiore o minore spinta del liquido, della minore o maggiore resistenza della cicatrice ombelicale; ma in linea di massima e nella più gran parte dei casi — che in clinica si può dire che quasi nulla di assoluto esista — si può constatare. L'estroflessione del bellico, nelle circostanze in questione, si osserva non di rado tanto a posizione supina che a posizione eretta. Nelle figure della tavola II presento precisamente un caso di liquido libero in una puerpera in 5 giornata: estroflessa appare la cicatrice ombelicale in modo palese nella figura I di detta tavola, che corrisponde alla donna in posizione supina: e notisi che nelle puerpere, per l'antiflessione dell'utero, che provoca una trazione sul fascio uraco-ombelicale, si suole formare una lunula od un accenno a lunula al margine inferiore, o quanto mai la cicatrice si presenta introflessa. Nella posizione eretta, nel caso nostro, come dimostra la figura II di detta tavola, per l'azione di trazione che di norma si suol determinare verso l'alto sul bellico ad opera del legamento rotondo (vena ombelicale), si accenna a formare la nota lunula al margine superiore, concava verso il basso, ma nel suo complesso la cicatrice permane estroflessa.

Col passaggio inoltre della persona dalla posizione supina a quella eretta, quando esista liquido libero, i diametri dai punti di repere al bellico aumentano con una certa regolarità e non di rado i diametri delle due spine iliache anteriori e superiori crescono in uguale misura.

Tutte queste constatazioni hanno non lieve valore, ove si vogliano contrapporre a quelle che si posson fare in casi di liquidi contenuti in pareti proprie, quali — nel caso nostro — la cisti dell' ovaio.

Le cisti ovariche infatti m'è risultato che quasi sempre determinano non l'estroflessione del bellico, ma piuttosto un rientramento e si associano in genere alla formazione di una lunula e a spostamenti del bellico, i quali sono in rapporto allo sviluppo delle cisti, alle loro eventuali aderenze, o ad altri caratteri dei quali sarà presa considerazione fra poco. La forma e la posizione del bellico sono elementi quindi di importanza non lieve per la diagnosi differenziale tra ascite e cisti ovarica in senso generico. Per questo sono a confrontare, a canto alle figure ricordate della tavola II, quelle della tavola III. Qui il ventre, alquanto depresso nel mezzo e un po' sviluppato ai lati, potrebbe ricordare il ventre batrachiano dei liquidi liberi: altri elementi inoltre qui potevan rendere necessaria la questione della diagnosi differenziale, ciò che è quanto dire insomma che la diagnosi di cisti ovarica non

correva con tutta facilità. Ora nella figura 1 di detta tavola III si scorge come la cicatrice ombelicale, a posizione supina, sia chiaramente introflessa, con formazione di una lunula al margine inferiore, a concavità rivolta in alto. Nel passaggio alla posizione eretta si forma la lunula solita al margine superiore con concavità in basso; la cicatrice però resta sempre decisamente chiaramente introflessa.

Il fenomeno della estroflessione della cicatrice ombelicale ho notato che si manifesta anche nei casi di ascite in cui il liquido sia circoscritto da aderenze, purchè esso corrisponda alla cicatrice. È ovvio che, quando ciò non sia, manchi la pressione del liquido verso l'esterno, manchi cioè la determinante della estroflessione del bellico. Ciò per altro non toglie molto d'importanza al fatto constatato; essendo che il criterio diagnostico differenziale in questione può esser preso in considerazione in non pochi casi.

*
* *

Dissi poco più sopra, come le cisti ovariche, nella maggioranza dei casi, determinino introflessione e stiramenti del bellico, con conseguente formazione di una lunula, la quale però a seconda dello sviluppo, della sede ecc. della cisti può esser diversa.

Nel caso più semplice di una cisti ovarica priva di aderenze suol accadere che, fino a quanto il suo sviluppo è endopelvico, essa gravita analogamente alla vescica ed al pacco delle anse intestinali: suol con ciò esagerare le modificazioni di forma del bellico che a persona supina fisiologicamente si determinano, cioè suol rendere più evidente la formazione di una lunula al margine inferiore della cicatrice, lunula la cui concavità guarda in alto.

Ma nello stesso sviluppo endo-pelvico la cisti in genere è sita maggiormente verso il lato d'origine, sul quale quindi esercita una maggior pressione: e però non di rado il bellico è tratto da questo lato ed allora il diametro che dalla corrispondente spina iliaca anteriore superiore va alla cicatrice suol essere un po' più breve dell'altro e la lunula suol guardare, non solo in alto, ma verso il lato opposto a quello di origine della cisti.

Se la donna passa alla posizione eretta, si suol formare la solita lunula al margine superiore e sogliono aumentare tutti i diametri di convergenza al bellico: quello però della spina iliaca anteriore e superiore corrispondente al lato di origine, non di rado, si allunga proporzionatamente di meno od anche non si allunga affatto.

Quando poi la cisti ovarica passa dallo sviluppo endo-pelvico a quello addominale deciso il reperto suol essere assai variabile. Se il peduncolo è breve ho constatato che la maggior gravitazione è sempre dal lato d'origine e sono a ripetere per il bellico le constatazioni or ora fatte: se il peduncolo è lungo suole invece avvenire il fatto opposto; la cisti gravita maggiormente dal lato contrario a quello di origine e però suol in tal caso accorciarsi il diametro che parte dalla spina iliaca di questo lato. Però è a ricordare che vi son casi che parrebbero a tipo perfettamente irregolare, dico parrebbero, perchè forse tali in realtà non sono. Di uno di essi (cedola n. 65 1911 ho riprodotto la forma del bellico nei disegni della tavola IV. É il caso di una cisti ovarica destra che deborda di un dito traverso dalla sinfisi. A posizione supina il bellico è tratto in basso (lunula inferiore a concavità in alto) (v. fig. 1) e il diametro Sp.d, più breve del diametro Sp.s indicherebbe una maggior trazione dal lato di origine del tumore, il destro. Nella posizione eretta il bellico come di norma assume la lunula in alto, (v. fig. 2. tavola IV), ma si fa più breve il diametro Sp.s (opposto a quello di origine) del diametro Sp.d.

Dicevo come tale irregolarità sia forse solo apparente; in quanto potrebbe avvenire che a posizione supina il tumore portandosi per il proprio peso in basso ed in dietro si comportasse come tumore endo-pelvico; a posizione eretta per l'inclinazione della pelvi, si portasse in avanti, comportandosi come tumore con sviluppo addominale.

Comunque, la forma e la posizione del bellico possono nelle cisti ovariche libere, fino ad un certo punto, contribuire alla diagnosi del lato di origine del tumore; nel senso che fino a quando il tumore è endopelvico il bellico è tratto dal lato di origine (a posizione supina accorciamento del diametro che va dalla spina iliaca anteriore e superiore al bellico dal lato stesso — e formazione di una lunula rivolta in alto e alquanto dal lato opposto a quello di origine del tumore): quando è a sviluppo chiaramente endo-addominale, perchè il tumore suole spostarsi verso il lato opposto a quello di origine, il bellico si comporta in senso inverso (a posizione supina, accorciamento del diametro che va dalla spina iliaca anteriore e superiore al bellico dal lato opposto a quello di origine e formazione di una lunula a concavità rivolta in alto e un po' dallo stesso lato del tumore). Insisto però a dire come tale contributo sia relativo, perchè parecchie circostanze, quali la brevità del peduncolo, aderenze ecc. possono impedire od alterare tali manifestazioni.

In linea generale, come le cisti ovariche semplici si comportano le paraovariche peduncolate: se invece il loro sviluppo è infralegamentario, ancora in genere, a posizione supina, v'è la formaziono di una lunula, nel senso che il bellico risente sempre una trazione più accentuata in uno dei margini. Però il fenomeno m'è sembrato più complesso: in quanto talvolta la lunula inferioro si associa ad una lunula superiore o talvolta ancora esisto solo questa: il fonomeno trova forse spiegazione nel fatto che la cisti a sviluppo infralegamentario solleva più o meno il peritoneo del pavimento pelvico od annulla la gravitazione che questo col pacco delle anse e colla vescica fa sul fascio delle arterie ombelicali e dei foglietti che lo racchiudono. Il bellico quindi risentirebbe distinta l'azione del legamento rotondo (vena ombelicale): da ciò la formazione della lunula superiore.

Lunule irregolari per posizione (al margine superiore, a quelli laterali) e più o meno accentuate, non di rado si formano anche quando la cisti, qualunque sia, abbia contratto aderenze con la parete addominale o col fondo pelvico. Più innanzi mi ripromotto di ritornare con maggior diffusione sull'argomento della forma e della posizione del bellico in rapporto alle aderenze contratte dalle tumescenze. Qui mi basta fissare questo punto: che a donna supina la presenza di una lunula, ai margini superiori o latorali, anzi che a quello inferiore, a forma irregolare o con manifestazioni di trazione accentuata, quando si riscontrano compagne a cisti di origine annessiale, sono non di rado l'indice o dello sviluppo infralegamontario della cisti, o di aderenze da questa contratte: sono non di rado cioè l'indice di difficoltà operatorie.

***

Se ora noi ci facciamo a considerare le manifestazioni di forma e di posizione che i fibromi possono indurre nella cicatrice ombelicale, tosto è a porre in rilievo la grandissima variabilità della manifestazione, tanto da sembrare quasi che la manifestaziono stessa sia in rapporto solo a contingenze fortuite e non ubbidisca affatto ad alcuna norma. Con molta probabilità però così non è: noi dobbiamo tener presente la grande variabilità nello sviluppo dei fibromi, quindi la diversità nella distribuzione del peso, i diversi organi spostati ed il grado di loro spostamento, per comprendere come simili fatti, riflettendo direttamente o indirettamente la loro azione sul bellico, possano influire in questo in modo straordinariamente multiforme.

Ora avviene ad esempio talvolta che il fibroma faccia aumentare l'utero con tanta regolarità per la forma da simulare per ciò l'utero gravido: ed in questo caso non di rado al bellico si hanno le modificazioni di forma proprie della gravidanza: l'utero fibromatoso in tal caso, se il suo sviluppo non tocca il bellico ed è privo di aderenze, fa retrarre, per l'azione sul fascio uraco-ombelicale e sui foglietti che lo comprendono, la cicatrice: se arriva al bellico può renderlo, con la sua pressione verso l'esterno, pianeggiante. Simili contingenze però sono rare: come raro è che l'utero fibromatoso si sviluppi con tanta regolarità.

Più spesso la cicatrice ombelicale, con la formazione di lunule e con l'accrescimento, o con la retrazione di uno o più diametri che ad essa convergono, dimostra come vada soggetta, nei fibromi alle più svariate trazioni.

Così nel caso (cedola n. 1211, 1810) di cui presento le figure nella tavola VII, abbiamo un fibroma a sviluppo pseudo-infralegamentario. La massa maggiore del tumore, quasi della grandezza della testa di un feto a termine, è sviluppata sulla parete posteriore, ch'esso trae in basso e trasforma in posteriore, ed essa si affonda nello scavo. Il collo uterino è spinto contro l'arco pelvico anteriore e verso l'alto. Qui, come dimostra la figura I della tavola VII, a donna in posizione supina, il bellico non presenta quella lunula o accenno di lunula al margine inferiore con concavità rivolta verso l'alto, come avviene di regola in donne normali: ma ha per contrario una lunula al margine superiore con concavità rivolta in basso. Il fatto trova una spiegazione assai probabile nello spostamento del collo uterino, il quale spinto contro l'arco pelvico anteriore ed in alto, agisce in questa direttiva sui foglietti che racchiudono il fascio uraco-ombelicale, neutralizza la loro normale distensione: e la cicatrice ombelicale allora più facilmente risente l'azione del legamento rotondo (vena ombelicale); per cui si forma la lunula superiore anzi che quella inferiore.

Nella posizione orizzontale (v. fig. 2 Tav. VII) il bellico appare decisamente tratto in alto ed a sinistra (lunula del margine superiore a concavità rivolta in basso e destra). Ed il diametro Sp.d appare più breve del diametro Sp.s. Queste sono manifestazioni probabilmente in rapporto con la diversa distribuzione, nella gravitazione, del tumore sugli organi circostanti. Presento anche le figure del caso con cedola n. 1185-1910. Esse sono riprodotte nella tavola VI. Qui il maggior sviluppo del tumore è dato da un nodo infralegamentario, sito anterior-

mente e a destra. Anche qui a donna supina (fig. I Tav. VI noi) troviamo una lunula al margine superiore, anzi che a quelle inferiore, ad indicare come il bellico risenta una trazione verso l'alto, la quale trazione qui è ancora resa più manifesta dal fatto che il diametro xifo-ombelicale è assai più breve del pubo-ombelicale. La spiegazione più probabile è quella alla quale già parecchie volte ci si è attenuti: vale a dire il tumore a sviluppo infralegamentario, solleva il peritoneo ed annulla il peso del pacco delle anse sul tratto pelvico delle arterie ombelicali ed inoltre solleva in alto i foglietti che racchiudono il fascio uraco-ombelicale. La cicatrice ombelicale perciò parrebbe solo sotto il completo dominio del legamento rotondo (vena ombelicale), che retraendosi porta la cicatrice verso l'alto. Notisi qui ancora un fatto di grande importanza che la vescica, anche allo stato di vacuità, è tratta in alto, si da debordare alquanto dalla sinfisi pubica. La spiegazione non si presenta difficile: tratto in alto il bellico, si trae in alto anche l'uraco e conseguentemente la cupola vescicale. L'importanza del fatto e la deduzione clinica cui dà luogo non può sfuggire ad alcuno: cioè quando la cicatrice ombelicale, a donna supina, per la formazione di una lunula spiccata al margine superiore con concavità rivolta in basso e per l'accorciamento evidente del diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo ombelicale, è distintamente portata in alto, si ha, per ragioni anatomiche, trazione in alto del fondo vescicale. E però in simili circostanze, chi si accinge ad aprire l'addome ha nella forma e nella posizione della cicatrice ombelicale un monito di cautela per evitare la lesione della vescica.

A posizione in piedi, come appare nella figura 2 della stessa tavola VI, il bellico mantiene, come è ovvio, la lunula a concavità rivolta in basso, però non simmetricamente: in quanto esso appare risenta una trazione non solo in basso, ma lievemente a sinistra, forse ad indicare una controtrazione in basso e a destra, lato del quale si troverebbe la massa maggiore del tumore. Il che trova appoggio anche nel fatto che a destra, tanto a donna in posizione supina che a donna in piedi, il diametro che parte dalla corrispondente spina iliaca anteriore e superiore per giungere al bellico, è più breve di quello del lato opposto, ad indicare a destra una maggior trazione od una minor distensibilità.

Quest'ultime constatazioni servono a dimostrare che, quantunque nei fibromi la cicatrice ombelicale per forma e per posizione possa assumere i caratteri più disparati, ciò non è in rapporto in genere a condizioni fortuite; ma a norme le quali, per esser complesse, non sono sempre bene rintracciabili o analizzabili e, per la loro complessità,

complessamente agiscono sulla cicatrice ombelicale. Le constatazioni stesse per altro, clinicamente, è a convenire, non hanno che scarsa importanza e perchè poco si prestano a deduzioni e perchè anche quando si arrivasse a stabilire che il tumore gravita maggiormente su un lato anzi che un altro poco si sarebbe fatto di utile per la diagnosi.

Non così è a dire delle constatazioni fatte alquanto più sopra, in rapporto allo sviluppo pseudo-infralegamentario ed infralegamentario ed in rapporto agli spostamenti che subisce la vescica. Qui noi siamo innanzi ad elementi che rendono più fine la diagnosi; e tale finezza racchiude in sè un vantaggio pratico non trascurabile: poi che non è un fatto trascurabile, per chi si accinge ad operare, in precedenza poter valutare, possibilmente con precisione, le difficoltà tecniche: non è fatto trascurabile l'esser messi sull'avviso della possibilità di facili lesioni di organi, che, quali la vescica, è utilissimo rispettare; non è fatto trascurabile infine la maggior precisione della diagnosi, se essa ci permette di correggere, di temperare opportunamente i nostri giudizi prognostici. Nei fibromi, come nelle cisti di cui dissi, si possono presentare aderenze fra il tumore e il pavimento pelvico, le pareti addominali ecc. Anche per questo l'esame della forma e della posizione del bellico può riuscirci preziosa. Ma di questo mi riserbo di dire fra poco.

***

Io estesi le mie osservazioni a non pochi casi di forme infiammatorie annessiali e di gravidanze extrauterine. Ma qui aggiungo tosto come le osservazioni stesse mi permisero scarsa messe di deduzioni cliniche. Nelle forme infiammatorie degli annessi, la cicatrice ombelicale assume forma di lunula ed è sede di spostamenti dai quali è difficile ricavare elementi di diagnosi, non potendosi stabilire rapporti di una certa costanza fra la formazione di lunule e gli spostamenti della cicatrice da un lato e la natura, l'entità, o la diffusione, o l'epoca del processo infiammatorio dall'altro. Il fatto ha spiegazione assai ovvia. Quando il processo infiammatorio si inizia comincia a provocare, per spostamenti di tessuti, per aderenze annessiali al fondo pelvico, per retroversioni uterine, retrazioni o rilasciamenti che si riflettono nel fascio uraco-ombelicale, in modo diretto od indiretto; si cho già fin dall'inizio il bellico può modificarsi nella forma e nella posizione, con modalità svariatissima; poi che svariate e complesse sono le modalità di azione

sul fascio uraco-ombelicale. Successivamente poi la complessità suol diventare ancor maggiore per il regredire del processo morboso in un punto più che in un altro, o per il suo ripigliare, o per il suo diffondersi in un senso più che in un altro, ecc.

L'unica deduzione clinica diagnostica che m'è sembrato di poter talora trarre sta nello stabilire il lato in cui il processo infiammatorio si trova, se è unilaterale, o ha preso prevalente sviluppo, se è bilaterale.

Presento perciò nella tavola IX due figure che si riferiscono al caso della cedola 1070, 1910. Esso riguarda una donna affetta da un piccolo piosalpinge destro e da una annessite semplice sinistra. Nella posizione orizzontale, come si può scorgere dalla figura 1 di detta tavola, il bellico è tratto in basso, ciò che è dimostrato dalla lunula bene distinta al margine inferiore e concava verso l'alto. Nel passaggio alla posizione verticale resta immutato il diametro che va dalla spina iliaca anteriore e superiore sinistra al bellico: si accorcia alquanto il corrispondente di destra, ad indicare in corrispondenza del pavimento pelvico un maggior peso da questo lato: ciò che è confermato dal fatto che la cicatrice ombelicale forma la solita lunula fisiologica (col margine superiore concavo verso il basso): ma la lunula stessa (v. fig. 2 tav. IX) con la sua concavità guarda pur anche un po' a destra, ad indicare come sia tratta non solo in alto, ma anche a sinistra, per controbilanciare una trazione sentita in basso prevalentemente a destra, lato precisamente dal quale si trova il piosalpinge.

Quanto alle gravidanze extrauterine ebbi campo ad esaminarne, tra l'altre, due ad epoca di gestazione inoltrata, cioè tra il settimo e l'ottavo mese. In un caso la sacca gravidica aveva contratto vaste aderenze con la parete addominale anteriore; la cicatrice ombelicale era tratta in alto anche a posizione orizzontale ed aveva una forma ovalare con distintissima lunula superiore. Nei movimenti inspiratori si osservava nella parete addominale che lo spostamento non era simmetrico; precisamente il bellico sembrava spostarsi maggiormente in alto e a destra. Nell'altro caso la sacca gravidica non aveva affatto contratto aderenze: essa sorpassava di poco la cicatrice e la rendeva pianeggiante quale suol fare l'utero gravido a tale epoca di sviluppo.

A deduzioni cliniche si presta solo il primo di questi casi, in quanto le aderenze provocarono una forte deformazione della cicatrice e una parziale fissità nei moti respiratorî. E però è a ritenere che spo-

stamenti accentuati e deformazioni evidenti della cicatrice ombelicale, in casi di gravidanze extrauterine inoltrate, trovino una ovvia spiegazione nelle aderenze che la sacca ha assunto con le pareti dell'addome. E questa conclusione mi è lecita trarre, quantunque la casistica sia scarsa, perchè essa non è che una deduzione particolare di un fenomeno generale, di cui farò cenno più sotto, relativo agli spostamenti ed alle deformazioni accentuate, che insorgono allora quando le tumescenze contraggono vaste aderenze, coi tessuti vicini, specie con la parete dell'addome.

Esaminai poi molti casi di gravidanze extrauterine nelle prime epoche di sviluppo. Ho notato come non di rado emerga che l'aumento di peso della tuba gravida ha tendenza a rendere, a posizione orizzontale, marcata la lunula al margine inferiore del bellico, lunula che lievemente accennata, come già si disse, è a ritenere fisiologica: il fatto si verifica più facilmente quando si formi l'ematocele retro-uterino, per ciò che aumenta il peso sul pavimento pelvico e l'utero è spinto verso l'avanti, fattori che determinano una trazione più sentita sul fascio uraco-ombelicale e sui foglietti che racchiudono questi cordoni fibrosi. Pure non di rado si osserva che la lunula al margine inferiore guarda non solo in alto, ma alquanto dal lato opposto a quello in cui si sviluppò l'ovicino. Ciò che è indice di una trazione non solo in basso, ma anche dal lato dal quale s'è sviluppata la gravidanza. E la misurazione, non di rado, allora ci dimostra un accorciamento del diametro che dal bellico va alla spina iliaca anteriore e superiore del lato dal quale ha preso sede la gravidanza.

Se ne deduce dunque che l'esame della forma e della posizione della cicatrice ombelicale nelle gravidanze extrauterine non inoltrate può contribuire a stabilire il lato di insorgenza della gravidanza.

***

Una constatazione di importanza non lieve e per la frequenza con la quale ebbi agio di farla e per le deduzioni cliniche che se ne posson trarre, è basata sulle modificazioni di forma e di posizione della cicatrice ombelicale in rapporto alla presenza di aderenze fra la tumescenza, le pareti addominali, l'omento ecc. Simile constatazione è di indole generale per le tumescenze di origine ginecologica; non interessa cioè una data forma morbosa piuttosto che un'altra; così è riferibile a cisti ovariche o paraovariche, a fibromi, a gravidanze extrauterine, a piosal-

pingi ecc., quando le tumescenze stesse abbiano uno sviluppo fuori della pelvi siano cioè endo-addominali.

Ho notato adunque che, allora quando le tumescenze provochino aderenze più o meno estese coi tessuti limitrofi, si determina nella cicatrice ombelicale la formazione di lunule o al margine superiore o all'inferiore o ai laterali, in genere assai accentuate, sì che la cicatrice ombelicale assume spiccatissimi i caratteri di trazione in un determinato senso ed avviene spesso che uno dei diametri da noi presi in considerazione, che fanno convergenza al bellico, subisca un notev. le accorciamento rispetto agli altri, sì che già la semplice ispezione, prima di procedere alla computazione esatta colla misura, ce ne fa avvertiti. Più spesso si accorcia il diametro xifo-ombelicale, rispetto al pubo-ombelicale, sì che la cicatrice ombelicale appare risospinta in alto: non di rado uno dei diametri obliqui, che vanno dalla spina iliaca anteriore e superiore al bellico, si presenta assai più breve rispetto all'altro. Il margine sul quale si forma la lunula, il lato da cui guarda la sua concavità, l'accorciamento di un diametro rispetto agli altri indicano non solo una forte trazione centrifuga della cicatrice, ma anche il lato verso il quale la cicatrice tende a spostarsi.

Altra constatazione interessante è questa: normalmente avviene che negli atti inspiratori la cicatrice ombelicale si muove per così dire simmetricamente, sì che non appare si sposti sensibilmente da un lato più che in un altro, in basso più che in alto. Può avvenire invece che, in caso di aderenze, la cicatrice ombelicale si sposti decisamente in un senso più che in un altro. Di tutti questi fenomeni la spiegazione è piana.

Riferiamoci al caso più semplice di una cisti ovarica. Se questa, ove sia giunta allo sviluppo addominale, contrae aderenze con la parete anteriore dell'addome, indi continua nel suo accrescimento evolutivo a sollevarsi; trae con sè i tessuti della parete dell'addome con i quali ha preso aderenze: i quali sono quelli più vicini alla tumescenza, cioè il peritoneo ed i foglietti (aponeurosi ombelico-prevescicale e guaina allantoidea) che avvolgono il fascio uraco-ombelicale.

Le aderenze quindi tra foglietto peritoneale e i foglietti che racchiudono il fascio ombelicale fanno sì che, col sollevarsi della cisti, siano tratti verso l'alto il peritoneo ed i foglietti stessi ed il fascio uraco-ombelicale tra questi compreso. Ne consegue un allungamento del diametro pubo-ombelicale rispetto al xifo-ombelicale; sì che già, come dissi, all'ispezione si può constatare come la cicatrice sia spinta

verso l'alto: e la cicatrice stessa acquista una lunula spiccata in rapporto al senso di maggior trazione: così quando la tumescenza abbia superato la cicatrice, la lunula, a donna supina, si suol formare al margine superiore (ciò anche per trazione in alto, per opera delle aderenze, della vena ombelicale): quando la tumescenza, oltre che in alto, si porta di lato la lunula spiccata non sarà solo al margine superiore, ma anche dal lato della trazione, formerà cioè una concavità rivolta in basso e dal lato opposto a quello della trazione.

Ora quanto io ho illustrato nella forma più semplice per il caso di una cisti ovarica che inizî le aderenze colla parete anteriore quando comincia lo sviluppo addominale, e continui poi nel suo sviluppo, vale anche in senso generico per tutte le altre tumescenze, che contraggono aderenze con le pareti e continuino nella loro evoluzione.

I fenomeni si svolgeranno più o meno complessi, a seconda della complessità della tumescenza, della vastità delle aderenze, del lato in cui queste han preso maggior sviluppo, dell'epoca di loro formazione, rispetto all'evolversi del tumore, dell'adesione diretta del tumore alla parete e dell'adesione tra tumore e omento e tra questo e parete: ma essi si ripercuotono presso che costantemente sulla forma e sulla posizione della cicatrice ombelicale, imprimendole i caratteri poco di sopra ricordati. La complessità dei fenomeni non potrà servirci ad illuminare la diagnosi su taluni particolari, quale la eventuale natura della tumescenza, il lato di origine o di maggior sviluppo di questo: ma resta sempre che i fenomeni in questione ci fanno avvertiti dell' esistenza di aderenze, ci fanno avvertiti quindi di difficoltà operatorie, e possono contribuire a correggere la prognosi. Ma lo spostamento accentuato della cicatrice ombelicale con formazione di una lunula spiccata ed irregolare, come ci è indice prezioso di aderenze contratte del tumore, ci è pur indice non di rado di spostamenti della vescica. Ho constatato frequentissimamente come, allora che la cicatrice, per i caratteri or ora detti, appare risospinta in alto, anche la vescica è sollevata in questo senso: allora che la cicatrice è risospinta in alto e da un lato la vescica segue la stessa direzione. Come in considerazioni analoghe feci già notare, poi che è tratta in alto la cicatrice, l'uraco che la deve seguire, porta la vescica in alto. Inoltre le arterie ombelicali, pure stirate in alto, tendono a diminuire la divergenza che fanno al basso, nel tratto in cui si dispongono una da un lato e l'altra dall'altra della vescica o però tendono a schiacciare questa ai lati. Ed ho constatato, all'intervento laparotomico di fibromi che si accompagnavano ad una spinta verso l'alto accentuata della cicatrice, come la

vescica, tratta in alto, acquistasse una forma allungata quasi a sanguinaccio.

Come illazione di questa constatazione io ripeto quanto, in analoghe circostanze già dissi : che cioè negli spostamenti accentuati verso l'alto della cicatrice ombelicale il ginecologo trova un monito di cautela nell'apertura dell'addome, trova elemento che l'avverte della facilità di lesione della vescica.

Dissi poco più sopra, come allora che esistono aderenze fra parete addominale anteriore e tumescenza, in certi casi, negli atti inspiratorî, la cicatrice non si sposti simmetricamente, ma si sposti verso un lato, lato dove presumibilmente la parete addominale è meno distensibile; precisamente in causa delle aderenze contratte. Il constatare quindi simile particolarità può contribuire ad affinare la diagnosi, non solo nel senso che spesso è l'indice dell'esistenza di aderenze, ma anche nel senso di far dubitare del lato ove queste richiamano maggior attenzione. Devo però tosto avvertire che la particolarità dello spostamento asimmetrico della cicatrice ombelicale nella inspirazione, non è peculiare di aderenze: essa è l'indice in genere che il fascio uraco-ombelicale ed i foglietti che lo racchiudono o la vena ombelicale non siano suscettibili di uniforme o regolare distensione, il che avviene, come ho potuto constatare, talora anche nello sviluppo infralegamentario delle tumescenze.

*
* *

Richiamo ora, a termine del lavoro, quanto parmi sia risultato più degno a rilevare.

Anzitutto è ad accennare che la cicatrice ombelicale, diversa nell'aspetto, si può dire, quanto diversa è la fisonomia degli individui, non può però e non deve considerarsi come un'entità, nella forma e nella posizione, costante. E mutazioni in essa si posson dare tanto di carattere fisiologico che patologico. Tralascio, nelle mutazioni fisiologiche, quelle che si collegano allo sviluppo della persona e in genere quelle che si determinano a poco a poco col tempo: ma mi riferisco, perchè importanti per l'argomento che ho trattato, a quelle che rapidamente e temporaneamente si manifestano Tali sono precisamente quelle in rapporto alla posizione della persona. Si esplicano esse con una certa costanza e con una certa regolarità, indice questo, importante per noi, del fatto che, malgrado le numerose varietà di forma del bellico e di modalità di convergenza dei cordoni fibrosi (uraco, residui delle

arterie ombelicali e della vena ombelicale) esistono particolarità che si sviluppano con una certa indipendenza dalle varietà stesse.

Così, tra l'altro, a persona supina, non di rado il bellico è rientrante, talora con un accenno ad essere tirato in basso: a persona in posizione eretta il bellico acquista una certa fisonomia quasi ad indicare una trazione o una ritenzione verso l'alto. Infatti il margine superiore si fa più o meno tagliente e forma un arco più o meno regolare rivolto in basso (lunula superiore).

Patologicamente, nel campo ginecologico, dove io fermo la mia attenzione, avviene frequentissimamente che tumescenze di varia natura stirino in un senso o nell'altro la cicatrice ombelicale. E lo stiramento è indicato precisamente dalla comparsa di lunule più o meno marcate ad uno dei margini; lunule che per la loro accentuazione e per la loro ubicazione di rado si riscontrano nell'addome normale. Lo stiramento in un senso o in un altro della cicatrice ombelicale può anche esser posto in rilievo da modificazioni nella lunghezza di taluni diametri che si posson far convergere al bellico. Tale è una sensibile minor lunghezza di uno dei diametri teso dalla spina iliaca anteriore e superiore di un lato al bellico, rispetto a quello del lato opposto: tale è ancora un accorciamento notevole del diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo-ombelicale.

Su queste basi mi fu possibile ricavare elementi diagnostici: alcuni di lieve importanza, o di rara e non regolare manifestazione, altri invece importanti nel senso che posson servire a rendere più fine la diagnosi, o a contribuire alla diagnosi differenziale, ecc.

Tra gli elementi di lieve importanza, ma non del tutto trascurabili, è a ricordare la possibilità della diagnosi, del lato d'origine di tumescenze ginecologiche. Le gravidanze extra-uterine, le annessiti quando la lesione da un lato sia assai più accentuata che dall'altro, come per la formazione unilaterale di un piosalpinge, le piccole cisti ovariche o paraovariche nello stadio endopelvico, sogliono stirare il fascio uraco ombelicale ed i foglietti che lo racchiudono (aponeurosi ombelico-prevescicale, guaina allantoidea) dal lato di origine. Ed avviene in tal caso che, a donna supina, non di rado si accorci il diametro che dalla spina, iliaca anteriore e superiore, posta dal lato d'origine della tumescenza, arriva al bellico, acquisti cioè una minor lunghezza del corrispondente del lato opposto. Il bellico poi, sempre a donna in posizione supina, tende in tal caso a formare una lunula al margine inferiore e la con-

cavità di essa suol rivolgersi verso l'alto e dal lato opposto a quello di origine della tumescenza. A donna in piedi si suol formare — come di norma — la lunula al margine superiore; ma la sua concavità non di rado, non è solo rivolta in basso, ma anche alquanto dal lato di origine della tumescenza: e permane la minor lunghezza del diametro della spina iliaca anterioro e superiore di detto lato d'origine.

Le cisti ovariche o paraovariche sessili o con breve peduncolo di solito determinano le stesse modificazioni alla cicatrice ombelicale, anche quando dallo stadio pelvico passano a quello addominale. Le cisti ovariche o paraovariche con peduncolo di sufficiente lunghezza, mobili, quando passano allo stadio addominale si comportano invece in senso opposto, determinando in corrispondenza del bellico segni di trazione dal lato opposto a quello di origine (a donna supina, lunula al margine inferiore concava in alto e dal lato di origine, accorciamento del diametro della spina iliaca del lato opposto a quello di origine: a donna in piedi, lunula al margine superiore concava in basso e dal lato opposto a quello di origine). Tale fatto è in rapporto con ciò che tali cisti, quando dallo stadio pelvico passano a quello addominale, hanno tendenza a portarsi dal lato opposto a quello da cui sono sorte e però gravitano maggiormente su detto lato anzi che su quello di origine.

Elementi certo di maggior importanza di questi sembrano quelli che porgono un contributo alla diagnosi differenziale tra cisti ovariche ed ascite, alla diagnosi dello sviluppo infralegamentario dei tumori, alla diagnosi di aderenze tra tumescenza e pareti addominali, alla diagnosi di spostamenti della vescica abnormi ed interessanti allora che si debba intervenire laparotomicamente.

Per ciò che si riferisce alla diagnosi differenziale tra cisti ovariche e ascite, ho constatato che per lo più in questa il bellico, tanto in posizione supina che in posizione in piedi, è estroflesso: nelle cisti ovariche invece suol essere introflesso più o meno con formazione di lunule all' uno o all'altro margine, a seconda di svariate circostanze. L'estroflessione di solito è assai evidente nel caso di liquidi perfettamente liberi dell'addome: allora, se la persona dalla posizione supina passa a quella in piedi, i diametri che al bellico convergono in genere aumentano con una certa proporzione: ciò che spesso non avviene in caso di cisti ovariche, dove il fascio uraco-ombelicale suol essere stirato non uniformemente. L'estroflessione è constatabile anche nelle asciti con liquido non perfettamente libero, purchè la località deve trovarsi il versamento corrisponda alla cicatrice ombelicale.

I tumori a sviluppo infralegamentario — talora anche quelli a sviluppo pseudo-infralegamentario — non di rado provocano, anche a donna in posizione supina, la formazione di una lunula al margine superiore con concavità rivolta in basso e talvolta a ciò si associa un vero spostamento verso l'alto di tutto il bellico: il che non di rado è avvertito dalla stessa ispezione ed è dimostrato da una notevole minor lunghezza del diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo-ombelicale. In simile circostanza, un elemento da prendere in massima considerazione, si è che la vescica suol essere tratta verso l' alto ed anche allo stato di vacuità deborta dalla sinfisi pubica.

Quando i tumori contraggono aderenze più o meno vaste con la parete addominale, con l'omento e la parete addominale ecc. sogliono determinare la formazione di lunule abnormi (in posizione supina, al margine superiore, ai lati) e provocare una sproporzionata lunghezza tra i diametri che convergono al bellico: e sogliono non di rado far sì che la cicatrice, anzichè simmetricamente, si sposti con irregolarità, per la diversa distensibilità dei tessuti della parete addominale. Anche nei casi di aderenze, ove si constati che la cicatrice ombelicale è risospinta in alto, non è a dimenticare che il fatto si associa ad uno stiramento in alto della vescica.

Complessivamente quindi la comparsa alla cicatrice ombelicale di lunule abnormi con chiari segni di stiramenti, di spostamenti accentuati é indice spesso o di sviluppo infralegamentario di tumescenze, o di aderenze più o meno vaste da queste contratte, è indice quindi difficoltà operatorie. Abbiamo in ciò dunque elementi non solo di diagnosi, ma anche di prognosi: che se poi lo spostamento della cicatrice ombelicale si fa verso l'alto, ha in questo il ginecologo un monito di cautela per un eventuale intervento laparotomico, poi che il fatto non di rado si associa al disporsi della vescica nel campo operatorio.

Dall' esame del bellico dunque, non di rado è possibile, come si è visto, ricavare nel campo ginecologico, elementi diagnostici, che talora parrebbero di importanza non lieve. Ciò, unito al fatto della semplicità dell' esame stesso, limitato in taluni casi alla sola ispezione e completato al più dalla misurazione di pochi diametri, consiglia l' esame metodico della cicatrice ombelicale e giustifica l' opportunità di queste mie ricerche.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Tavola I.

Figura 1. — È riprodotto (da un preparato eseguito nell'istituto di anatomia clinica) la faccia posteriore della parete anteriore dell'addome. = A, urato = B, vescica distesa = C, utero emisezionato = D, legamento rotondo (cordone fibroso residuo della vena ombelicale) = E, cordone fibroso residuo dell'arteria ombelicale. A destra, sul fondo vescicale e su parte della parete addominale anteriore, è tolto il peritoneo per meglio lasciar scorgere il cordone fibroso.

Figura 2. — È schematizzata la forma che frequentemente assume la cicatrice ombelicale a persona in piedi. La cicatrice acquista una fisonomia che parrebbe indicare risenta una trazione verso l'alto. Il suo margine superiore (A) costituisce un arco a concavità rivolta in basso, che per la forma può denominarsi *lunula*.

Tavola II.

Figura 1. — È riprodotto l'aspetto dell'addome in una donna affetta da ascite. La posizione è supina. La cicatrice ombelicale è palesamente estroflessa senza lunula ad alcun margine.

Figura 2. — È riprodotto la parete addominale della stessa donna, in piedi. Al margine superiore vi è accenno a formare la solita lunula superiore: permane tuttavia la estroflessione della cicatrice ombelicale. Tutta la parete addominale anteriore appare spinta in avanti, ma con una certa simmetria, per la uniforme pressione del liquido libero.

Tavola III.

Figura 1. — La figura si riferisce ad una donna affetta da cisti ovarica. La cisti ha contratto aderenze in tutta la parete addominale

anteriore: l'aspetto dell'addome ricorda le raccolte ascitiche: tuttavia — in posizione supina — il bellico è introflesso e offre una lunula al margine inferiore con concavità in alto.

Figura 2. — È lo stesso caso a posizione in piedi. Il bellico assume il solito atteggiamento fisiologico di trazione in alto (lanula superiore a concavità volta in basso); ma contemporaneamente appare tratto anche a destra (lunula a concavità rivolta lievemente anche a sinistra) per una contro-azione alla maggior pressione che in basso ed a sinistra fa il tumore. Il che si accompagna ad una minor lunghezza assunta dal diametro della spina iliaca anteriore e superiore sinistra rispetto al destro. Il tumore è originario di sinistra: esso gravita maggiormente da questo lato perchè, perchè da questo, lato quantunque già in uno stadio decisamente addominale, è trattenuto dalle aderenze. Nei casi di cisti libere e con peduncolo di sufficiente lunghezza suol avvenire il fatto opposto. Degno di osservazione speciale è il comportamento della cicatrice ombelicale, assai diverso da quello offerto dal caso di ascite riprodotto nella tavola antecedente.

Tavola IV.

Figura I. — Anche qui si tratta di un caso di cisti ovarica: questa però è libera e originaria di destra: anche qui il bellico — a posizione supina — è retratto con lunula al margine inferiore.

Figura 2. — Nella posizione eretta la solita lunula superiore appare tratta non solo verso l'alto, ma alquanto verso destra: il che indicherebbe una maggior pressione in basso ed a sinistra. La cisti è originaria di destra. Ma a differenza del caso antecedente, poi che è libera e sufficientemente peduncolata, allo stadio addominale, tende a spostarsi dal lato opposto a quello di origine e sul lato opposto esercita una maggior gravitazione.

Tavola V.

Figura I. — Qui si tratta di un caso di cisto carcinoma ovarico bilaterale. La tumescenza di sinistra ha contratto aderenze col

pavimento pelvico in basso, od innanzi ed in alto con l'omento. A posizione orizzontale si trova non solo la lunula al margine inferiore, che nei casi di tumori ovarici è a ritenere normale: ma anche una lunula al margine superiore, da considerare affatto irregolare. La comparsa irregolare di lunule si associa non di rado — come nel caso attuale — alla esistenza di aderenze.

Figura 2. — A posizione eretta scompare la lunula inferiore e resta la superiore. La quale appare tratta non solo in alto ma a destra: il che indicherebbe una traziono più energica ad una maggior resistenza in basso ed a sinistra. Questo è precisamente il lato dove, per le aderenze contratto, i tessuti sono meno distensibili. La forma del bellico può quindi talora contribuire non solo alla diagnosi di eventuali aderenze, ma eziandio alla diagnosi del lato dove esse sono più apprezzabili.

Tavola VI.

Figura I. — È il caso di un fibroma, il cui maggior sviluppo è dato da un nodo infralegamentario, a destra od in avanti. A posizione supina non abbiamo la lunula al margine inferiore: ma al margine superiore. La presenza di tale lunula è affatto irregolare. La formazione di lunule irregolari è, non di rado, associata alla presenza di aderenze fra tumore e tessuti vicini, come si è detto nel caso antecedente: ma si associa pur anche non di rado allo sviluppo infralegamentario dei tumori. Essa quindi si può ritenere spesso un indice di complessità della tumescenza, un indice quindi di difficoltà operatorie.

Figura 2. — A posizione eretta, la solita lunula del margine superiore è tratta oltre che in alto lievemente a sinistra. Anche qui il fatto è interpretabile con una maggior resistenza che oppongono alla distenzione i tessuti in basso e a destra: da questo lato precisamente trovarsi la massa maggiore del tumore.

Tavola VII.

Figura I. — È un fibroma a sviluppo pseudo-infralegamentario: la massa maggiore è nella parete posteriore che trasforma decisamento

in inferiore: la massa stessa si affonda nello scavo e specialmente a destra. Tale sviluppo del tumore, a tipo pseudo-infralegamentario accentuato, agisce analogamente ai tumori infralegamentari. E noi troviamo — a donna supina — una lunula irregolare al margine superiore. Notisi che la lunula al margine superiore, a donna supina, quando si accompagna a caratteri chiari di trazione verso l'alto (lunula accentuata, accorciamento notevole del diametro xifo-ombelicale rispetto al pubo-ombelicale) è indice che la vescica è tratta in alto e deborda, anche nello stato di vacuità, dalla sinfisi: elemento questo utile ad esser rilevato per un eventuale intervento laparotomico.

Figura 2. — A donna in piedi v'è la solita lunula al margine superiore: essa è tratta alquanto anche a sinistra: ciò è spiegabile col fatto di una maggior resistenza in basso e a destra, dal quale lato il tumore si affonda maggiormente.

Tavola VIII.

Figura I. — È il caso di una gravidanza tubarica sinistra quadrimestre. A posizione supina la sacca, presso che mediana, introflette, analogameute all'utero gravido, la cicatrice ombelicale, che appare imbutiforme.

Figura 2. — A posizione in piedi, la lunula superiore appare stirata alquanto a destra. Anche qui la spiegazione è a ricercare in una minor distensibilità dei tessuti in basso o a sinistra, lato dal quale è originaria la gravidanza. Le modificazioni quindi della forma del bellico, a posizione eretta, possano contribuire alla diagnosi del lato d'origine dell'affezione.

Tavola IX.

Figura I. — Qui siamo innanzi ad un caso di piosalpinge destro e di lieve annessite sinistra. Nelle forme annessiali, per le aderenze che gli annessi contraggono e per le modalità di tali aderenze, la cicatrice ombelicale assume aspetti irregolari. Tuttavia non di rado, a posizione supina, come si scorge in questo caso, si

forma chiara la lunula al margine inferiore per maggior pressione che si stabilisce sulle arterie ombelicali e sui foglietti che le racchiudono.

Figura. 2. — A posizione in piedi si scorge la solita lunula superiore. Qui essa però appare stirata non solo in alto ma anche verso sinistra. Per ciò anche qui valgono le considerazioni antecedentemente fatte: nel senso che abbiano una minor distensibilità dei tessuti in basso e dal lato opposto a quello verso il quale appare tratta la cicatrice. Tale minor distensibilità suol essere in rapporto o alla sede di origine della tumescenza, o dove essa ha preso maggior sviluppo. Nel caso nostro precisamente il piosalpinge è a destra.

PAVIA - PREM. TIP. SUCC. FRAT. FUSI

Tavola I

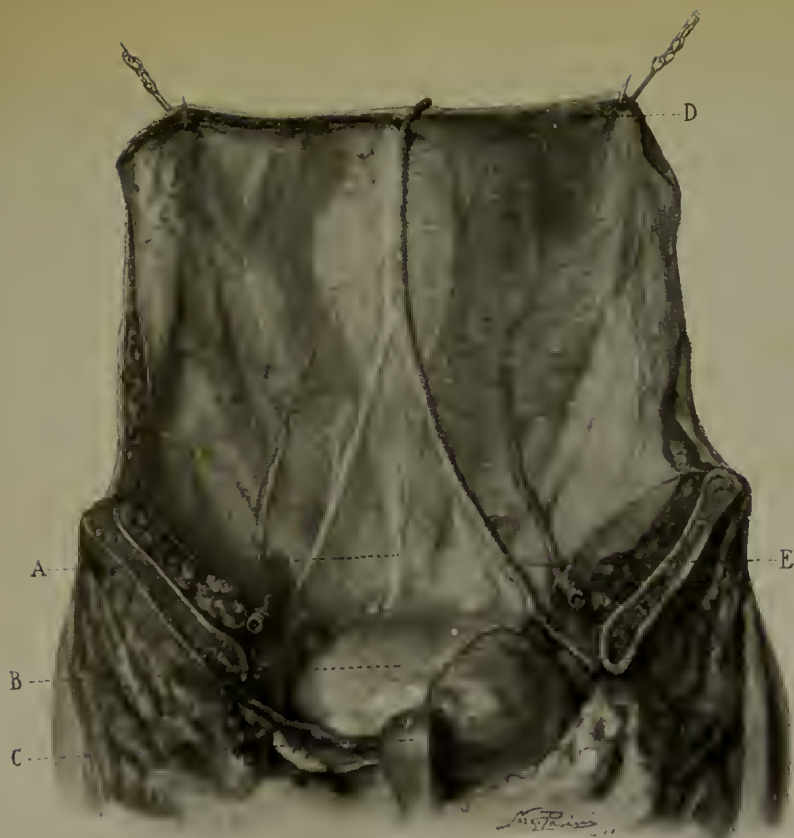


Fig. 1



Fig. 2

Tavola II

Fig. 1



Fig. 2

Tavola III

Fig. 1

Fig. 2

Tavola IV



Fig. 1



Fig. 2

Tavola V



Fig. 1



Fig. 2



Tavola VI



Fig. 1



Fig. 2

Tavola VII



Fig. 1



Fig. 2

Tavola VIII



Fig. 1



Fig. 2



Tavola IX



Fig. 1

Fig. 2